

ESSAIS D'AUTOHÉMOTHÉRAPIE
DANS LE
BUBON CONSÉCUTIF AU CHANCRE SIMPLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 Juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PIERRE GAYET

Né à Lyon, le 21 Novembre 1897



LYON
IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1925

ESSAIS D'AUTOHÉMOTHÉRAPIE

DANS LE

BUBON CONSÉCUTIF AU CHANCRE SIMPLE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURICQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon).	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NICOLAS, *Président*; M. GARIN, *Assesseur*;
MM. PIÉRY et FAVRE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les assertions qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 129

ESSAIS D'AUTOHÉMOTHÉRAPIE
DANS LE
BUBON CONSÉCUTIF AU CHANCRE SIMPLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 Juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR



PIERRE GAYET

Né à Lyon, le 21 Novembre 1897



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1925

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR ALPHONSE GAYET

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Lyon
Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PÈRE

LE DOCTEUR GEORGES GAYET

Professeur à la Faculté de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES AMIS

LE DOCTEUR ARMEL DEGOUL

*Médecin de 2^e Classe de la Marine
Chevalier de la Légion d'honneur*

ET

GEORGES CALAMEL

Géomètre des Travaux Publics du Maroc

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. NICOLAS

*Professeur de Clinique Dermatologique et Vénérologique
à la Faculté de Lyon
Médecin de l'Antiquaille
Chevalier de la Légion d'honneur*

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail nous a été inspirée par notre Maître, M. le professeur J. NICOLAS, qui, dès 1922, encouragé par les succès qu'avait donnés, entre ses mains et celles de ses élèves notamment, l'autohémothérapie dans une série d'affections du domaine dermatologique, songea à expérimenter les injections d'auto-sang dans le traitement du bubon consécutif au chancre simple et voulut bien, ces premiers essais ayant abouti aux plus heureux résultats, nous confier pour objet de notre thèse l'étude détaillée de la question.

Depuis lors, plus de deux années se sont écoulées durant lesquelles, bien que les circonstances nous aient momentanément éloigné de Lyon, M. le professeur NICOLAS n'a cessé de s'intéresser à nous et de nous prodiguer ses conseils. Nous avons eu auparavant (semestre 1920-1921) l'honneur d'être son externe à la Clinique de l'Antiquaille et c'est à lui surtout que nous sommes redevable de notre initiation aux arcanes de la dermatologie, ou, pour nous exprimer plus modestement, des connaissances que nous avons acquises de cette science difficile. Qu'il nous soit permis aujourd'hui de remercier très respectueusement notre maître de son enseignement si précieux,

de l'accueil cordial qu'il nous a toujours réservé, des marques de confiance qu'il nous a témoignées, de l'honneur enfin qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nos remerciements les meilleurs vont également à ses collaborateurs de l'Antiquaille : MM. les docteurs MASSIA et GATÉ, anciens chefs de clinique; M. le docteur PILLON, chef de clinique; MM. les docteurs DUPASQUIER et LEBEUF; et, tout particulièrement à M. le docteur Jean LACASSAGNE, chef de clinique adjoint, qui avec son amabilité coutumière nous a donné l'appui de ses conseils, de son expérience, et a mis à notre disposition une série de documents et d'observations qui ont grandement facilité notre tâche.

Nous devons à M. le docteur LÉPINAY, chef du service dermato-vénéréologique de l'Hôpital civil de Casablanca, une mention toute spéciale : au cours des deux années que nous avons passées au Maroc en qualité d'interne de cet établissement, M. LÉPINAY, avec une parfaite obligeance, nous a régulièrement adressé les malades porteurs de bubons chancrelleux qu'il a rencontrés dans ses consultations du Dispensaire et de l'Hôpital. Nous avons pu ainsi, grâce à lui, à une époque où le chancre simple paraissait en France moins fréquent, réunir douze observations personnelles de sujets atteints de bubons et traités par les injections de leur propre sang, on verra plus loin avec quels résultats. Que M. le docteur LÉPINAY veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance, pour la sympathie qu'il nous a toujours manifestée, pour l'intérêt qu'il a porté à notre travail, et qu'il soit assuré du souvenir particulièrement agréable

que nous conservons de nos relations avec lui au pays marocain.

Nous n'aurions garde d'oublier, en terminant, MM. les médecins-majors VENDEUVRE et BERTHOD, du corps d'occupation du Maroc, qui nous ont communiqué chacun une observation de bubon chancrelleux guéri par l'autohémothérapie; ni M. le médecin-major PÉJU, chef du laboratoire de l'Hôpital militaire de Casablanca, qui à plusieurs reprises nous a prêté le concours de sa haute compétence bactériologique. A tous, nous sommes heureux de redire aujourd'hui : merci.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général des divers traitements appliqués jusqu'à ce jour aux Bubons chancrelleux

S'il est vrai que le chancre simple, convenablement traité, présente le plus souvent une évolution bénigne, celle-ci peut cependant être prolongée et aggravée par un certain nombre de complications. Toutes ces dernières sont bien classiques. Laissant de côté le phimosis (qu'on observe surtout dans les cas de chancre sous-préputial), la lymphangite tronculaire (avec parfois abcès lymphagittiques consécutifs), les hémorragies, le phagédénisme, la gangrène, l'association dite chancre mixte, nous retiendrons seulement ici l'adénopathie inguino-crurale ou bubon, le « poulain » des gens du peuple, complication la plus fréquente et dont l'apparition doit toujours être redoutée. Il est de notion banale que l'homme s'y trouve beaucoup plus exposé que la femme; que la marche, la fatigue, l'exercice d'une profession pénible y prédisposent, de même que le défaut de soins locaux, les pansements mal faits, les cautérisations intempestives, etc...

On ne peut, certes, dire qu'un bubon chancrelleux soit grave en lui-même; mais son siège, sa durée souvent longue, la douleur vive qui l'accompagne, la gêne de la marche, l'incapacité de travail plus ou moins complète qui en résulte, et, le bubon ouvert, la suppuration parfois interminable du foyer ganglionnaire, la chancrellisation possible de la plaie, l'immobilité prolongée et les pansements répétés auxquels doit être soumis le malade; enfin les cicatrices disgracieuses, révélatrices du mal, que laisse ce dernier après sa guérison, font néanmoins du bubon une complication fâcheuse dont les inconvénients sont sérieux et qui mérite d'être combattue par les procédés les plus efficaces. Prévenir, chez tout sujet atteint de chancrelle, l'apparition de l'adénite; celle-ci une fois déclarée, tenter d'éviter qu'elle évolue vers la suppuration; le pus étant en voie de formation ou déjà collecté, provoquer sa résorption *in situ* sans lui donner issue au dehors; le bubon ouvert, s'efforcer de tarir promptement l'écoulement et d'obtenir une cicatrisation rapide. Tels doivent être les grands principes du traitement.

Contre cette affection dont nous venons d'énumérer brièvement les plus notables inconvénients, les moyens thérapeutiques mis en œuvre sont multiples et variés. Nous ne saurions songer un instant à passer en revue tous ceux auxquels on a eu recours depuis l'antiquité, mais nous pouvons, dans l'histoire du traitement des bubons chancrelleux, distinguer deux périodes: jusqu'en 1912, c'est-à-dire jusqu'à ces dernières années, les procédés purement locaux, médicaux et chirurgicaux, sont seuls en usage; à partir de 1912, on commence à utiliser les méthodes biologiques modernes, vaccinothérapie,

sérothérapie, protéinothérapie, et ces essais ont pris très vite une extension considérable. Leurs résultats ont été des plus encourageants. Là est certainement la véritable voie.

A. — **Traitement classique.**

1° *Traitement prophylactique.* — A titre préventif, on conseille habituellement au sujet porteur d'un ou plusieurs chancres simples d'éviter tout excès de fatigue, les travaux pénibles, les marches prolongées, les rapports sexuels. On lui recommande le repos relatif, rarement possible, il est vrai, à un individu qui doit travailler pour vivre. Médecin et malade s'abstiendront de faire saigner le chancre et de l'irriter par des cautérisations inutiles. Les ulcérations seront pansées aseptiquement. Les chances d'apparition d'un bubon deviennent certainement beaucoup moindres lorsque ces différentes précautions sont observées.

Pour ROLLET (1), le seul moyen de prévenir le développement de l'adénite, c'était de détruire le chancre avant que ce dernier eût affecté la circulation lymphatique, et le maître lyonnais préconisait dans ce but une cautérisation précoce et profonde de la lésion initiale.

2° *Traitement abortif.* — L'adénopathie une fois déclarée, alors que le ganglion enflammé est encore peu volumineux, mobile, modérément douloureux, on peut espérer obtenir sa résolution en mettant le malade au strict repos au lit. Les pansements humides; les cataplasmes de farine de lin, d'eau blanche, de fécule de

(1) ROLLET. — *Dictionnaire Dechambre*, article : bubon.

pommes de terre; l'application en permanence d'une vessie de glace au niveau du pli de l'aîne; les badigeonnages de teinture d'iode; les onctions avec les pommades les plus variées (mercurielles, ichtyolées, iodées, gâïacolées, etc...) sont des moyens adjuvants fréquemment employés, mais dont la valeur thérapeutique semble restreinte.

Les sangsues, les scarifications utilisées par nos pères, exposaient à la chancrellisation des petites plaies ainsi provoquées. L'application de vésicatoires suivie de pansements au sublimé fort, méthode dite de Velpeau, eut son heure de vogue et l'on admit qu'elle exerçait une action résolutive réelle sur le bubon, même parvenu au stade de suppuration. Le simple pansement compressif eut lui aussi jadis ses partisans, mais il était douloureux, souvent mal supporté et ne modifiait en rien l'évolution du bubon. Tous ces procédés sont depuis longtemps abandonnés.

Citons enfin pour mémoire les essais d'AUBERT qui, en 1891, se basant sur l'action destructive de la chaleur vis-à-vis du virus chancrelleux, eut l'idée d'utiliser cette dernière dans le traitement du chancre simple et de ses complications, en soumettant ses malades à des bains à 40°.

3° *Traitement à la période inflammatoire aiguë.* — Nous désignons sous ce nom la période à laquelle la tuméfaction ayant augmenté de volume est devenue très douloureuse, le ganglion intéressé s'entourant d'une gangue de périadénite qui s'accroît progressivement et peut devenir très considérable; où la peau adhérente commence à rougir; où la suppuration s'annonce proche.

A ce stade, le repos absolu au lit, les applications humides et chaudes peuvent encore, dans quelques cas, suffire à permettre la résolution de l'adénite et éviter la formation d'un abcès. Mais les divers moyens locaux énumérés plus haut : badigeonnages antiseptiques, pommades résolutives, etc., sont bien illusoirs.

Pour enrayer le processus infectieux, WELANDER (de Stockholm) préconisa en 1891 l'injection intra-ganglionnaire d'un centimètre cube d'une solution de benzoate de mercure à 1 %, suivie d'un pansement compressif. Cette méthode provoquait de vives douleurs, de la fièvre, du gonflement de la région et ses résultats n'ont guère été encourageants. Plus récemment, la méthode de Bier (hyperémie par le vide obtenu au moyen d'une ventouse appliquée localement) a donné quelques succès. L'extirpation totale du foyer ganglionnaire (ablation de la masse inflammatoire et suture de la peau sans drainage) a été conseillée.

Enfin, la radiothérapie, dont les premiers essais ont été tentés en 1908 par PINI, puis par PANCIONI et NAOLI, a rendu de réels services à cette période de l'affection.

4° *Traitement à la période de suppuration.* — Jusqu'à ces dernières années, le traitement du bubon suppuré était exclusivement chirurgical, ou du moins consistait en une ou plusieurs interventions de petite chirurgie. La conduite du médecin se résumait à ceci : évacuer le pus collecté et tenter ensuite d'obtenir une désinfection aussi prompte que possible de la cavité de l'abcès.

Incision au bistouri, précoce ou tardive, étroite ou large, parallèle ou perpendiculaire à l'arcade crurale, sui-

vie de drainage, de lavages antiseptiques, parfois de curettage des lésions; ponction capillaire unique ou répétée, avec aspiration du pus, suivie ou non d'injection modificatrice de la poche; méthode du drainage filiforme (transfixion du bubon avec une aiguille courbe, expression du pus et drainage effectué par quelques crins de Florence passés dans les orifices). Tels sont les principaux procédés aujourd'hui encore couramment employés. Nous n'entrerons pas dans leur détail et nous nous contenterons de signaler parmi eux la méthode de Fontan, qui consiste à ponctionner le bubon et à injecter ensuite dans sa cavité de la vaseline iodée ou iodoformée. HUDELO et RABUT préfèrent, après la ponction, l'emploi de l'huile xylœiodoformée; POIRSON s'est servi avec succès d'une solution aqueuse d'arséniate de soude à 1 pour 100.

Ces divers procédés donnent certes des résultats souvent satisfaisants, car, si aucune complication ne vient à se produire (chancrellisation du bubon, phagédénisme, participation des ganglions iliaques, suppuration prolongée) la guérison de l'adénite est habituellement obtenue au bout de quinze jours à un mois. L'association de la méthode de Bier à la ponction au bistouri, l'air chaud, l'action des rayons X sur le foyer une fois ouvert ont pu dans certains cas activer cette évolution vers la cicatrisation.

L'extirpation du bubon suppuré a été proposée comme une méthode de choix par de nombreux auteurs, entre autres LE DANTEC, POUSSON, GOSSET, KREINL, CUSHING, MOSETIG et MORHOOF, SPYTSCHA, etc... Mais, là comme à la période précédente, c'est une intervention susceptible d'entraîner de graves accidents : on a signalé à sa suite

des cas d'œdème éléphantiasique persistant du membre inférieur et des parties génitales (verge, scrotum, grandes lèvres). Ce traitement, si radical semble-t-il, fait donc courir au malade des risques disproportionnés avec les avantages qu'il peut avoir.

5° *Traitement du bubon ouvert et fistulisé.* — A cette période, les moyens classiques cherchent à assurer un drainage suffisant (en agrandissant au besoin l'orifice d'écoulement du pus) et à désinfecter le plus rapidement possible la cavité de l'abcès. Outre les lavages antiseptiques et les pansements, on utilise parfois la radiothérapie, le curettage ou l'extirpation des lésions.

On voit par ce court aperçu, d'une part, le peu d'efficacité des procédés médicaux ordinaires en usage aux deux premières périodes de l'affection, et, d'autre part, les nombreux inconvénients du traitement chirurgical du bubon suppuré : interventions et manœuvres douloureuses pour le patient ; risques d'une chancrellisation secondaire de l'orifice de ponction ou des lèvres de l'incision ; suppuration souvent longue, interminable même dans certains cas ; séjour prolongé dans les hôpitaux ; cicatrices indélébiles, etc... Et l'on conçoit les avantages multiples de méthodes thérapeutiques susceptibles, sans intervention locale, d'amener la résolution de l'adénite, même si celle-ci est déjà parvenue au stade suppuratif, et d'assurer aux malades le bénéfice d'une guérison plus prompte, aucune trace cicatricielle ne venant ultérieurement témoigner de l'affection ancienne.

B. — Les méthodes biologiques modernes.

a) *Vaccinothérapie*. — C'est, nous l'avons dit, en 1912, que les méthodes biologiques nouvelles commencèrent à être appliquées au traitement du chancre simple et de ses complications, et nous devons à trois médecins japonais, TAMARA (1), NAKATO et TAKEMOTO (2), les premières tentatives d'une vaccination spécifique antistreptobacillaire. L'année suivante, un de leurs compatriotes, ITO (3), reprit ces recherches en Allemagne sous la direction de BRUCK (de Breslau) et prépara un vaccin qu'il expérimenta dans treize cas de bubons chancrelleux : une seule injection, par voie intra-musculaire, de 1 à 2 cc. de son émulsion suffit à lui donner d'excellents résultats et à guérir en une semaine environ les sujets ainsi traités. La réaction fébrile consécutive à l'injection était légère ; la réaction locale, au contraire, très marquée. Cette thérapeutique parut à l'auteur supérieure aux procédés usuels et il conseilla son emploi à tous les stades de l'affection. KURITA, qui traita 18 malades porteurs de bubons par un vaccin antistreptobacillaire, obtint lui aussi des résultats très satisfaisants.

Les auteurs japonais furent naturellement suivis dans la voie qu'ils avaient ouverte, mais ceux qui s'y engagèrent après eux se heurtèrent à la fois à la difficulté d'ob-

(1) T. TAMARA. — *Périodique japonais de Dermatologie et de Syphilis*, année 1912, vol. XII, fasc. 7.

(2) NAKATO et TAKEMOTO. — *Périodique japonais de Dermatologie et de Syphilis*, année 1912.

(3) ITO. — Klinische und bakteriologisch-serologische Studien u. ulcus-molle u. Ducreysche Strep, *Archf. dermat. u. Syph.*, 1913, t. cxvi, pp. 431 à 374.

tention des cultures (L. CRUVEILHIER utilisa le pus chancrelleux stérilisé) et à la réaction locale violente que détermine l'inoculation sous-cutanée d'émulsions streptobacillaires à un malade atteint de chancre simple. Il semblait y avoir là un obstacle insurmontable à l'emploi de ce vaccin.

MM. Ch. NICOLLE et P. DURAND (1) (de l'Institut Pasteur de Tunis) ont récemment tourné la difficulté en injectant le vaccin par la voie intra-veineuse. La réaction générale consécutive est constante, mais peu intense et de durée assez brève (une demi-journée au plus). Elle est plus marquée pour la première inoculation et s'atténue successivement avec les suivantes, même si celles-ci sont plus fortes. Les résultats rapportés par MM. NICOLLE et DURAND et leurs collaborateurs sont vraiment remarquables, tant en ce qui concerne le chancre lui-même que le bubon: « Pour 15 cas où les chancres étaient accompagnés de bubons (ouverts ou non) la moyenne du temps demandé pour la guérison a été de 16 à 17 jours... C'est sur les bubons enflammés, même fluctuants et non ouverts, que l'action du vaccin est la plus éclatante. Dès la première inoculation, les phénomènes inflammatoires s'amendent, et rapidement le bubon se résorbe sans jamais s'ouvrir. La vaccinothérapie n'eût-elle apporté que ce résultat, il est considérable. »

MM. NICOLLE et DURAND ont donc été les premiers à introduire en France l'emploi d'un vaccin antistreptobacillaire; mais celui-ci est peu maniable, il doit être

(1) Charles NICOLLE et Paul DURAND. — *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, tome XIII, année 1924, fasc. n^{os} 3 et 4; et *Presse Médicale*, 27 déc. 1924, p. 1033.

injecté par voie intra-veineuse et son action est plus lente que celle du vaccin d'Ito.

Tout récemment, M. HABABOU-SALA (1) a publié les résultats particulièrement heureux et encourageants qu'il aurait obtenus par un procédé de vaccinothérapie locale du chancre mou et du bubon. Il utilise en pansements et en injections locales un filtrat-vaccin de sa préparation : « Pour les bubons, non ouverts, dit-il, nous faisons au préalable une ponction pour les vider le plus possible du pus qui s'y trouve, puis nous injectons le plus possible du filtrat-vaccin. Le reste de l'ampoule est versé sur du coton hydrophile ou des compresses de gaze stériles que l'on maintient recouvertes de gutta-percha fixée par du sparadrap ou du collodion. On recommence tous les jours. On traite de la même façon les bubons ouverts... S'il s'agit de bubons sur le point de se phagédéniser, ceux-ci ne s'ouvrent pas. Après les premières vingt-quatre heures la douleur disparaît, le pus devient séreux et toute l'adénite subit une fonte totale qui s'évacue très facilement par le pertuis de la ponction; le deuxième jour, le pus devient sanguinolent et peu abondant; le troisième jour, le bubon est complètement plat, sa rougeur est énormément diminuée d'étendue et d'intensité, la peau qui était près de se phagédéniser reprend une consistance plus ferme. Le quatrième jour, on peut considérer le bubon comme cliniquement guéri; la lésion s'organise sans laisser de traces ni de cicatrice. » L'auteur ajoute que le filtrat étant dépourvu de corps microbiens, il n'y

(1) J. HABABOU-SALA. — Réunion Dermatologique de Strasbourg, séance du 8 mars 1925 ; compte rendu publié par le *Bulletin de la Soc. française de Dermatologie et Syphiligraphie*, n° d'avril 1925.

a pas de réaction inflammatoire comme dans l'intradermo-réaction. « Les malades ne s'alitent pas, ne souffrent pas, n'ont pas d'élévation de température ni de phénomènes de choc. »

Toujours dans le domaine de la vaccinothérapie, M. PONTOIZEAU (1) a rapporté 16 cas de malades atteints de bubons à tous les stades de leur évolution et traités par le vaccin de DELBET. Cette méthode non spécifique donna à M. PONTOIZEAU de bons résultats, surtout dans les cas de bubons déjà ouverts : guérison rapide avec cicatrice souple, non adhérente, sans nécessiter de traitement local.

b) *Sérothérapie*. — Le chapitre de la sérothérapie appliquée au traitement du chancre simple et de ses complications appartient tout entier à REENSTIERNA, dont les recherches viennent dernièrement d'être reprises par MM. NICOLLE et DURAND à Tunis. REENSTIERNA (2) utilisant le sérum de moutons, injecta dans les veines de ces animaux et à doses croissantes des émulsions d'abord mortes, puis vivantes, de streptobacilles de plusieurs origines. Le sérum spécifique ainsi obtenu lui donna de très beaux succès : se basant sur 100 cas de bubons ainsi traités, l'auteur déclare qu'après une seule injection intramusculaire de 10 cc. de sérum, on observe, en général, dans les cas de bubon très douloureux et tuméfié, avec

(1) *Société Médicale des Hôp. de Paris*, séance du 12 oct. 1923 ; *Presse Méd.* du 3 nov. 1923, p. 923.

(2) J. REENSTIERNA. — *Etå serun mot injeck chancre speciellt des bubones* ; *Suiska Lakaresallst Forhandl.*, 3 février 1920. — Idem : Sérum contre le chancre mou et principalement contre le bubon. *Comptes rendus Soc. biol.*, 1921 t. LXXXV, p. 830. — Idem : *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, t. XII, année 1923.

rougeur de la peau, une amélioration marquée dès le lendemain de la piqûre; la douleur diminue et disparaît, la tuméfaction rétrocede, l'adénopathie évolue vers la guérison.

Dans la suite, REENSTIERNA modifia son sérum en l'additionnant de corps microbiens (émulsions de bacilles typhiques, celles du streptobacille entraînant une réaction locale trop violente). Ce sérum modifié « est donc un produit complexe qui, aux anticorps spécifiques, joint des substances purement pyrétogènes. Il a l'inconvénient de déterminer à la fois une réaction fébrile forte que recherche l'auteur et une réaction locale souvent violente. Ses effets thérapeutiques sont par contre éclatants ». (NICOLLE et DURAND, *loc. cit.*) REENSTIERNA publie des statistiques convaincantes : « Sur 153 sujets porteurs de bubons, chancrélleux et présentant le plus souvent encore leurs chancres, la guérison a été rapide sauf dans 8 cas. Presque tous les bubons, non ouverts spontanément ou non incisés, ont guéri en cinq à dix jours sans jamais s'ouvrir. Le nombre des inoculations nécessaires a été généralement de deux, pratiquées à trois ou cinq jours d'intervalle » (NICOLLE et DURAND, *loc. cit.*).

c) *Protéinothérapie*. — Entre temps avait vue le jour une nouvelle méthode biologique, la protéinothérapie, basée non plus sur la spécificité des produits microbiens, d'où découle la spécificité des sérums et des vaccins, mais sur l'utilisation de substances non spécifiques, les albumines ou protéines.

On avait tout d'abord remarqué que certains vaccins ou sérums, préparés en vue du traitement spécifique

d'une affection déterminée, exerçaient également une action thérapeutique manifeste à l'égard d'autres maladies. C'est ainsi que NICOLLE et BLAIZOT améliorèrent des tuberculeux en leur injectant du vaccin antistaphylococcique, que MAUTÉ put juguler des dothiéntéries en inoculant à ses malades un vaccin préparé avec un microbe quelconque non pathogène, isolé d'une eau de source, etc... Puis on constata que les substances protéiques les plus diverses : les peptones, le lait, le sang, le sérum, substances sans spécificité aucune, agissaient favorablement sur l'évolution d'un certain nombre d'affections. On arriva à cette conception que les vaccins et les sérums, spécifiques ou non, agissent par un processus semblable à celui des autres substances protéiques.

Le bubon chancrelleux a bénéficié de cette méthode nouvelle, et le produit le plus employé paraît être le lait, préconisé par R. MÜLLER, WEISS et SCHERBER. On utilise en général le lait de vache brut, simplement stérilisé par ébullition durant un quart d'heure, et injecté soit sous la peau, soit dans les muscles de la fesse, à des doses variant de 2 à 10 cc., tous les deux ou trois jours. A la suite de ces injections, on observe constamment une élévation thermique survenant au bout de plusieurs heures, de durée assez courte et ne s'accompagnant pas habituellement de phénomènes généraux sérieux. On a pourtant observé dans certains cas des réactions violentes : fièvre élevée atteignant et dépassant 40°, avec courbature, céphalée, frissons, nausées, diarrhée, éruptions cutanées, etc... Localement, le malade ressent une légère douleur, et au niveau du bubon on a parfois dans les heures qui suivent une recrudescence appréciable de

l'inflammation. Mais pratiquement la méthode est sans danger.

Elle a donné d'heureux résultats entre les mains de tous ceux qui y ont eu recours : MULLER, WEISS et SCHERBER, BERNDT (1), KAZNELSON (2), FANTL (3), MARINI (4), CATTANÉO (5), etc... En France, MM. BONNET et JUVIN (6), traitant ainsi des bubons franchement déclarés, très enflammés, soit fluctuants, soit sur le point de suppurer, ont obtenu un certain nombre de guérisons ou observé des améliorations sérieuses dans l'état de leurs malades : diminution immédiate des phénomènes inflammatoires et de la douleur dans tous les cas dès la première injection; résorption complète dans plusieurs cas; suppuration peu inflammatoire chez les malades dont le bubon s'est ouvert à la peau, ou dut être ponctionné ou drainé au crin.

SAUVEZ, dans sa thèse (*Les injections de lait dans le traitement des bubons consécutifs aux chancres mous*, Lyon 1922) publie 19 observations de bubons traités par la lactothérapie. Il conclut : que les injections de lait,

(1) BERNDT. — Über Milchbehandlung bei entzündlichen Prozessen speciell beim ulcus Molle (*Med. Klin.*, 1921, n° 6, p. 164 ; *Anal. Zentralbl. f. Haut.*, 1921, p. 85).

(2) KAZNELSON. — Praktische Proteinkörpertherapie (*Thérapeutische Halbmonatshefte*, 1^{er} mai 1921, p. 266).

(3) FANTL. — Behandlung con Bubonem mit Milchinjection (*Wien. Med. Wochen.*, 1921, p. 761 ; *Anal. Zentralbl. f. Haut.*, 1921, p. 524).

(4) MARINI. — Circa l'efficia della proteinoterapia nella cura del bubone venereo (*Giorn. Ital. d. mal Veneree e d. Pelle*, 1921, n° 1 ; *Anal. Dermat. Wochenschrift*, 1921, p. 1022).

(5) CATTANEO. — La proteinoterapia aspecifica nelle malattie veneree (*Giorn. Ital. d. Mal. veneree e d. Pelle*, 1921, p. 123 ; *Anal. Zentralbl. f. Haut.*, 1921, p. 526).

(6) L.-M. BONNET et JUVIN. — Injections sous-cutanées de lait dans le traitement des bubons (*Lyon Médical*, 1921, p. 819) ; et : Quelques observations de bubons traités par les injections de lait (*Lyon Médical*, 1922, p. 91).

pratiquées aux doses de 5 à 7 cc., sont très bien tolérées; qu'on observe régulièrement, dès la première injection, une atténuation marquée de la douleur et des symptômes inflammatoires; que la résorption complète, sans aucune ouverture, de bubons en imminence de suppuration, mais non encore fluctuants, est fréquente; que les bubons fluctuants revêtent un aspect très spécial de suppuration froide, pour ainsi dire, et que là encore on peut parfois obtenir une résorption complète.

D'autres substances protéiques dérivées du lait, le caséosan, l'aolan, l'ophtalmosan, l'albusol, etc... ont été utilisées, surtout en Allemagne, dans le traitement des bubons. Toutes ne paraissent pas inoffensives et certaines d'entre elles, le caséosan notamment, ont même pu amener des accidents mortels. Au point de vue thérapeutique d'ailleurs, leur action n'est pas supérieure à celle du lait brut.

Le premier en France et, croyons-nous, à l'étranger, M. le professeur NICOLAS, frappé des résultats donnés par l'autohémothérapie dans nombre d'affections, dermatologiques pour la plupart, et dans l'espoir d'étendre encore les indications de cette méthode dont nous verrons plus loin la simplicité, l'innocuité et les nombreux avantages, eut l'idée, en novembre 1922, dans un but à la fois expérimental et thérapeutique, de soumettre trois malades de sa Clinique, porteurs de bubons chancrelleux suppurés, mais non ouverts, aux injections de leur propre sang. Le mode d'action de l'autohémothérapie, à cette époque plus encore qu'aujourd'hui, demeurait entouré d'obscurité. Les injections furent pratiquées en moyenne tous les

deux jours, à la dose de 10 cc., dans les masses musculaires de la fesse. Le résultat de ces essais fut particulièrement heureux, la guérison ayant été obtenue en neuf, dix et douze jours pour chacun des malades traités, et ces trois premiers succès, prélude de beaucoup d'autres, firent l'objet d'une communication de MM. NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER et LEBEUF (1), à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.

Qu'est-ce donc que l'autohémothérapie ? Avant d'exposer sa technique, la conduite du traitement, les incidents et accidents qu'il peut donner ; avant d'étudier ses effets dans le bubon chancrelleux et de résumer ce que nous savons à l'heure actuelle de son mode d'action, il ne nous paraît point inutile de retracer ici l'historique de la méthode. Nous consacrerons à cette question le chapitre suivant.

(1) NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER et LEBEUF. — Comm. à la Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, séance du 6 mars 1923. Compte rendu publié dans la *Presse Médicale*, 17 mars 1923, p. 261, et dans le *Lyon Médical*, 25 juin 1923.

CHAPITRE II

L'Autohémothérapie. == Historique

C'est à deux auteurs français, M. le professeur SICARD et son élève R. GUTMANN (1), que revient le mérite d'avoir, en 1912, introduit dans la thérapeutique les injections d'auto-sang. Partis des expériences de CENI (de Modène) et de VIREN (de Montpellier) qui avaient essayé de traiter les crises épileptiques par des injections sous-cutanées de sérum sanguin, emprunté soit aux sujets comitiaux eux-mêmes, soit à d'autres malades également atteints de haut mal, MM. SICARD et GUTMANN appliquèrent ce traitement à trois malades épileptiques de leur service, les injections sous-cutanées étant pratiquées non plus sous forme de sérum mais de sang total puisé directement par ponction veineuse du bras chez les sujets eux-mêmes (auto-hémothérapie). Le sang recueilli dans un verre paraffiné était réparti aussitôt dans le tissu cellulaire de

(1) SICARD et GUTMANN. — Comm. à la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 19 juillet 1912.

l'abdomen ou de la cuisse, bihebdomadairement durant deux mois environ, et aux doses de 40 cc.

L'influence de ce traitement, il faut bien le dire, fut à peu près nulle sur l'évolution du mal comitial. Mais les auteurs constatèrent des réactions sanguines intéressantes et ils étudièrent comment un organisme humain réagit vis-à-vis des injections sous-cutanées de son propre sang, recherches qui jusqu'alors n'avaient été faites qu'au hasard des hématomes spontanés. MM. SICARD et GUTMANN, exposant à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris les résultats de leurs premiers travaux sur la question, démontrèrent « que l'on peut avec autant de facilité que de tolérance injecter le sang total ».

La même année, M. F. RAMOND (1) utilisa les injections d'auto-sang dans le traitement de l'hémoptysie des tuberculeux. « L'injection de sérum, écrit-il, constitue le procédé le plus énergique que nous connaissions... Mais il peut arriver que dans un cas d'extrême urgence on n'ait point de sérum frais ou antidiphthérique sous la main. En pareille circonstance, j'ai l'habitude de demander au malade lui-même le sang dont il a besoin pour agir sur la coagulation ; on peut appeler ce procédé l'autosérothérapie ou mieux l'autohémothérapie, car, pour ne pas perdre de temps, on injecte le sang complet : hématies et sérum ».

RAMOND, outre l'arrêt d'hémoptysies rebelles, constata une amélioration de ses malades au point de vue fièvre et état général. Dès cette époque, il expérimenta l'auto-

(1) F. RAMOND. — A propos du traitement de l'hémoptysie des tuberculeux (*Progrès Médical*, 7 sept. 1912, p. 452).

sang dans cinq cas de fièvre typhoïde, dans un cas de fièvre puerpérale, dans une septicémie à staphylocoques, dans une néphrite hémorragique, et enfin dans un ictère catarrhal très fébrile. Il lui parut que ce procédé était parfaitement bien toléré et atténuait dans une certaine mesure les manifestations septicémiques ou toxiques. RAMOND, pour expliquer ces résultats favorables, émettait l'hypothèse d'une vaccination.

Les premiers essais d'autohémothérapie en dermatologie ont été tentés en 1913 par M. RAVAUT (1), médecin des Hôpitaux de Paris. Les expériences des auteurs allemands, MAYER et LINSE, SPIETHOF, HEUCK, améliorant par des injections de sérum humain des malades atteints de dermatoses diverses (prurigo, urticaire, eczéma, prurit sénile, strophulus, herpès gestationis des femmes enceintes, affections prurigineuses en général) remontaient à quelques mois seulement. RAVAUT, désireux de les reprendre, n'osa réinjecter à un malade du sérum insuffisamment stérilisé provenant d'un autre malade, et pensa employer le sérum du sujet lui-même. « Mais, dit-il, comme cette méthode nécessite de multiples préparations au cours desquelles le sérum peut s'infecter, j'ai pensé qu'il serait plus simple de réinjecter au malade directement son propre sang et de pratiquer ainsi une véritable autohémothérapie. Cette méthode me paraît donner des résultats tout à fait comparables à ceux qu'ont obtenu les auteurs allemands avec le sérum. Elle a l'avantage d'être beaucoup plus simple et de ne comporter aucun

(1) P. RAVAUT. — Essais sur l'autohémothérapie dans quelques dermatoses (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, année 1913, tome iv, p. 292).

risque d'infection. De plus, il me paraît préférable d'injecter le sang total, car dans la fibrine et les globules rouges peuvent se trouver des substances ou des corps microbiens dont la résorption par l'organisme provoque des réactions utiles ». On voit que RAVAUT, lui aussi, inclinait à penser que l'autohémothérapie pouvait bien agir par un processus de vaccination. Ses premiers essais portèrent sur treize cas de dermatoses variées et lui donnèrent des succès. RAVAUT put constater que ce sont surtout les lésions prurigineuses qui sont améliorées par cette thérapeutique.

En 1914, M. SICARD (1) traita quelques cas de rhume des foins par les injections d'auto-sang. L'année suivante, MM. RAMOND et GOUBERT (2), à l'Hôpital militaire de Châlons, employèrent la méthode dans le traitement de la fièvre typhoïde et classèrent les résultats ainsi obtenus en trois catégories : nettement positifs (38 %), avec abaissement de la température, amélioration du pouls et de l'état général, sensation de bien-être, langue moins sèche et moins saburrale, appétit meilleur, urines plus abondantes; transpiration, disparition des taches rosées, retour des forces, coloration de la face, diminution ou disparition de la prostration ; — modérément positifs : légère défervescence de la température, pouls peu influencé, état général toujours amélioré (18 %) ; — nuls : (44 %). En général, il y a alors des complications graves chez le malade. Si la méthode n'offre pas une action

(1) SICARD. — Autohémothérapie et rhume des foins (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 26 juin 1914 et 17 juillet 1914).

(2) F. RAMOND et G. GOUBERT. — L'autohémathérapie appliquée au traitement de la fièvre typhoïde (Comm. à l'Académie de Médecine, séance du 9 février 1915. Compte rendu dans le *Bulletin de l'Académie de Méd.*, 1915, p. 205 à 208).

absolue et constante, concluait RAMOND et GOUBERT, elle donne cependant des résultats véritablement encourageants.

La guerre mondiale paraît avoir interrompu ou tout au moins ralenti les recherches concernant l'autohémothérapie, car, de 1915 à 1920, nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucune mention d'expériences nouvelles. En 1920, M. le professeur MOURIQUAND (1) fit connaître les résultats par lui obtenus dans un cas de périose rhumatismale remontant à deux mois, rebelle à toute thérapeutique, et dans un cas d'encéphalite épidémique datant de plus de trois mois et passé à la phase subaiguë. Le premier de ces malades reçut sous la peau 4 cc. de son sang : dès le lendemain, tout symptôme avait disparu, et trois semaines après aucune récurrence ne s'était produite. Chez le second, deux injections furent suivies d'une amélioration notable de la température et des phénomènes généraux.

A partir de 1921, les travaux relatifs à l'autohémothérapie, à sa technique, à son mode d'action sur l'organisme, à la conduite du traitement, vont se multiplier et l'on cherchera à en préciser les indications, jusque-là si incertaines. C'est à cette époque que débutèrent les recherches systématiques de M. le professeur NICOLAS et de ses élèves à la Clinique de l'Antiquaille. En mars 1921, ceux-ci (2) publiaient, dans les *Annales de Der-*

(1) MOURIQUAND. — L'autohémothérapie dans les infections à forme traînante. Comm. à la Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, séance du 9 mars 1920. Compte rendu de la *Presse Médicale*, 28 avril 1920 ; et *Journal de Méd. de Lyon*, 1920, p. 277.

(2) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Deux cas de prurigo rebelle guéris par l'autohémothérapie. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, mars 1921.

matologie, deux cas de prurigo rebelle guéris par les injections d'auto-sang. La première observation concernait un tabétique atteint de prurit avec apparition secondaire de prurigo ; après insuccès de tous les traitements, le malade fut rapidement guéri par l'autohémothérapie. La seconde observation était celle d'un malade présentant un prurigo diathésique, ferox ; dix injections de sang, après échec des traitements ordinaires, amenèrent la guérison.

Rapportant ces deux observations à titre purement documentaire, sans chercher encore à esquisser une explication, une théorie du mode d'action favorable de la méthode, les auteurs s'exprimaient ainsi : « Les indications du traitement de certaines dermatoses par la méthode autohémothérapique de RAVAUT ne sont pas encore réglées, mais son efficacité réelle mérite de retenir longuement l'attention... Il faut retenir, au point de vue pratique, que dans les prurigos rebelles aux traitements ordinaires, prurigos semblant de natures diverses, des résultats thérapeutiques parfois extrêmement remarquables peuvent être donnés par l'autohémothérapie ».

Dans le courant de 1921, MM. WIDAL, ABRAMI et BRISAUD (1) guérirent, par cinq injections sous-cutanées de 20 cc. de sang, un malade présentant un purpura dont l'apparition remontait à trois ans. Ils rapprochèrent les résultats obtenus par l'autohémothérapie de ceux que donnent les injections de protéines diverses ou

(1) WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique. *Presse Méd.*, 5 mars 1921, p. 182.

de métaux colloïdaux, et, estimant que le sang agit par le mécanisme du choc colloïdal que son injection provoque, ils rattachèrent le procédé préconisé par RAVAUT à la méthode de désensibilisation non spécifique de l'organisme.

Cette même année, M. le professeur MOURIQUAND (1), des recherches qu'il a poursuivies depuis ses premières expériences, arrive aux conclusions suivantes : l'auto-hémothérapie est absolument inefficace dans la tuberculose infantile, dans les adénopathies tuberculeuses du médiastin, l'endocardite infectieuse, la broncho-pneumonie et, en général, dans tous les cas où existe une lésion anatomique plus ou moins importante, capable d'entretenir l'état fébrile. Dans deux cas de fièvre typhoïde, l'action a été peu précise et l'évolution à peine modifiée. Dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse, l'auto-hémothérapie, pratiquée en pleine période d'augmentation, a donné un abaissement passager de la température et une diurèse notable, sans rétrocession nette de l'épanchement. Une nouvelle injection, cinq jours plus tard, a déclenché une résorption rapide du liquide et une évolution progressive vers la guérison. Dans un cas de péritonite tuberculeuse, ascitique, l'autohémothérapie a également amené une diminution très rapide de l'épanchement, qui n'était plus perceptible au bout de huit jours et laissait sentir un gâteau. En somme, à côté de bons résultats, surtout dans les formes traînantes et subaiguës, les échecs sont fréquents. Les tuber-

(1) MOURIQUAND. — Comm. à la Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, séance du 10 mai 1921 ; Compte rendu dans la *Presse Médicale*, 18 mai 1921.

culoses caséuses, viscérales ou ganglionnaires, semblent absolument échapper à l'autohémothérapie.

Mentionnons encore : les résultats intéressants obtenus par TZANCK (1) dans le traitement des eczémas professionnels ; — ceux, très contestés, de QUÉRY (2), dans la blennorragie aiguë et ses complications (l'auteur, injectant tous les deux ou trois jours sous la peau 2 cc. du propre sang du malade, aurait constaté progressivement, d'abord la modification, puis après 6 à 10 injections en moyenne, la disparition complète de l'écoulement et des gonocoques ; il aurait employé le même traitement avec succès dans les cas d'orchite et de prostatite aiguës) ; — la communication de MM. MOURIQUAND et BUCHE (3) rapportant un échec complet de la méthode chez une fillette de huit ans atteinte de péritonite tuberculeuse à forme ascitique ; — celle de MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER (4), basée sur huit observations de dermatoses diverses dans lesquelles l'autohémothérapie donna des résultats satisfaisants dans leur ensemble, et où les auteurs attirèrent l'attention sur les accidents, bénins d'ailleurs, qu'ils avaient eu l'occasion d'observer chez leurs malades (douleurs locales, réactions générales, poussées fébriles, arthralgies,

(1) TZANCK. — Traitement des eczémas professionnels par l'autohémothérapie. *L'Hôpital*, août 1921.

(2) QUÉRY. — Traitement de la blennorragie aiguë et de ses complications par l'autohémothérapie (méthode de Voll) ; Comm. à la Soc. de Pathologie comparée, séance du 11 octobre 1921.

(3) MOURIQUAND et BUCHE. — Comm. à la Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, séance du 15 nov. 1921 ; *Presse Méd.*, 26 nov. 1921.

(4) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Réactions cliniques de l'autohémothérapie dans quelques dermatoses. Comm. à la Soc. de Biologie ; comptes rendus des séances et *Mémoires de la Soc. de Biol.*, 1921, p. 1036.

etc...) ; — la thèse de RUBY (1), faite à la Clinique de l'Antiquaille, dans laquelle son auteur conclut que la méthode est appliquée avec succès dans un certain nombre d'affections cutanées et que les cas où il semble qu'on ait obtenu les meilleurs résultats sont ceux où les malades étaient atteints de dermatoses diathésiques et prurigineuses. Ruby expose, sans naturellement trancher la question, les théories tendant à expliquer les effets de l'autohémothérapie, soit par une action anticolloïdoclasique (ou par choc de réparation), soit par désensibilisation anaphylactique.

Nous arrivons à 1922. Le nombre des travaux et des recherches s'accroît encore. TRIBET (2) rapporte un cas d'eczéma généralisé datant de six ans, avec prurit intense, infecté par places, ayant résisté aux traitements habituels, et qui céda à six injections du propre sang du malade. L. CLÉMENT (3) présente une observation analogue, mais avec récurrence cinq mois après. RIMBAUT et RAMAIN (4) communiquent un cas d'urticaire à répétition, avec poussées de prurit et de dermographisme, chez une jeune fille de 24 ans. Cet état, ancien de quatre ans, s'était installé à la suite d'un violent choc nerveux ; il céda à huit injections de 10 cc. de sang, espacées de quinze à trente jours.

(1) RUBY R. — Essais d'autohémothérapie dans les dermatoses. Thèse de Lyon, 1921.

(2) TRIBET. — Comité Méd. des Bouches-du-Rhône, séance du 6 janv. 1922 ; C. R. *Presse Méd.*, 11 mars 1922.

(3) L. CLÉMENT. Même référence.

(4) RIMBAUT et RAMAIN. — Comm. à la Soc. des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, séance du 3 févr. 1922 ; C. R. *Presse Méd.*, 4 mars 1922.

En avril, MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER (1) publient les résultats très favorables qu'ils ont obtenus dans 14 cas de dermatoses prurigineuses d'origine diathésique. Ils montrent que ce sont certains eczémas, les urticaires, la maladie de Duhring, les névrodermites avec lichénification et surtout les prurigos, qui tirent bénéfice de cette médication. Dans le lichen plan, au contraire, pas de résultat. L'action de cette méthode, pour les auteurs, réside dans une modification du terrain, dans un bouleversement de l'équilibre colloïdal de l'organisme, bouleversement dont la crise hémoclasique est le témoin. Ils ont trouvé chez quelques-uns de leurs malades les signes de l'hémoclasie : leucopénie, hypotension artérielle, troubles de la coagulation du sang, etc...

Dans la furonculose également, l'autohémothérapie a donné à MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER de brillants succès, comparables à ceux de la vaccinothérapie, et les auteurs se demandent si la vaccinothérapie, par l'introduction dans l'organisme d'albumines étrangères, n'est pas en définitive, au même titre que l'autohémothérapie, une simple modalité de la protéinothérapie.

Quelques semaines après, dans un important article paru dans le *Journal de Médecine de Lyon*, MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER (2) résumaient l'ensemble de leurs travaux sur la question. Trois points essentiels sont à retenir de cette étude : l'autohémothérapie trouve une

(1) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Nouveaux essais d'autohémothérapie dans les dermatoses. *Annales de Dermatologie et Syph.*, n° 4, avril 1922.

(2) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Considérations pratiques sur l'autohémothérapie en Dermatologie. *Journal de Méd. de Lyon*, mai 1922, p. 307.

indication nette dans les dermatoses prurigineuses d'origine diathésique dont le prurigo est le type ; malgré les accidents parfois constatés, la méthode est parfaitement inoffensive ; la conduite du traitement ne peut faire l'objet de règles formelles et définitives, elle varie suivant les sujets et les affections auxquelles on s'adresse.

Enfin, lors du I^{er} Congrès de Dermatologie et Syphiligraphie de langue française, tenu à Paris en juin 1922, MM. NICOLAS et GATÉ (1) firent connaître leurs recherches jusqu'à ce jour en matière d'autohémothérapie. A leur suite, MM. SPILLMANN (de Nancy) et LAURENT (de Saint-Etienne) confirmèrent les résultats de la méthode dans les cas de prurit et de prurigo.

BUFFLER (2), dans sa thèse inspirée par M. NICOLAS, rapporte 14 observations de malades atteints de furonculose et traités avec succès par les injections de leur propre sang. En raison de ses remarquables résultats, de son innocuité démontrée, de sa parfaite tolérance et de la simplicité de son emploi, il considère l'autohémothérapie comme une méthode de choix et lui reconnaît dans le furonculose une valeur curative cliniquement supérieure à toutes les méthodes précédemment employées, puisqu'elle réussit dans des cas où les vaccins ont échoué. FAUVET (3), vers la même époque, étudie lon-

(1) NICOLAS et GATÉ. — Premier Congrès de Dermatologie et Syph. de langue française (Paris, 6-8 juin 1922). Comm. sur l'autohémothérapie en dermatologie. *C. R. Presse Méd.*, 1^{er} juillet 1922.

(2) BUFFLER. — Essais d'autohémothérapie dans la furonculose. *Thèse de Lyon*, déc. 1922.

(3) FAUVET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie, et particulièrement dans la furonculose. *Thèse de Paris*, 1922.

guement le mode d'action de l'autohémothérapie et son rôle favorable : pour cet auteur, il s'agit là d'un processus autonome qui ne saurait être considéré comme une protéinothérapie banale et nous voyons reparaitre l'hypothèse d'une vaccination spécifique. FAUVET, par ailleurs, arrive aux mêmes conclusions que BUFFLER quant à la valeur de la méthode appliquée au traitement de la furonculose.

GASTOU (1) signale les succès qu'il a obtenus, avec MM. PONTOIZEAU et DUTREY, dans plusieurs cas de dermatites microbiennes. Paul-J. PETIT (2) publie un cas de guérison apparente d'une sclérite à répétition par l'autohémothérapie désensibilisatrice.

C'est à cette époque, il convient de le rappeler ici, que furent effectués à la clinique de l'Antiquaille les premiers essais d'autohémothérapie dans le bubon consécutif au chancre simple (novembre 1922). Ils portèrent, ainsi qu'on la vu, sur trois malades atteints de bubons suppurés, très fluctuants, mûrs pour l'incision, bref parvenus à un stade de leur évolution tel qu'en aucun cas la résorption spontanée ne pouvait être escomptée. Le traitement par les injections de sang amena la guérison des trois malades.

Dans leur communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER conclurent de ces trois succès que l'autohémothérapie est une excellente méthode de traitement des bubons

(1) GASTOU. — Soc. de Méd. de Paris, séance du 24 juin 1922. C. R. *Presse Médic.*, 12 juill. 1922.

(2) Paul-J. PETIT. — Sclérite à répétition, etc., *Annales d'Oculistique*, t. CLIX, n° 8, août 1922. C. R. *Presse Méd.*, 4 oct. 1922.

chancrelleux, en raison de sa simplicité, de l'absence de toute réaction, de son innocuité et de son efficacité. Au cours de la discussion qui suivit, M. le professeur NICOLAS insista sur un point : même si le bubon menace de s'ouvrir, il faut s'armer de patience et ne pas avoir recours trop vite à l'incision. Souvent, et même à une période où il est tendu, prêt à s'ouvrir, l'autohémothérapie suffit à le guérir. M. le professeur NICOLAS fit remarquer aussi que, parmi toutes les adénopathies, il n'y a que le bubon chancrelleux qui guérisse par la méthode : dans la lymphogranulomatose inguinale, par exemple, les injections ont été parfaitement inopérantes.

A la suite de ces premiers résultats si encourageants, les bubons traités à la Clinique furent régulièrement soumis à l'autohémothérapie, la plupart du temps avec succès.

1923. La méthode a définitivement conquis droit de cité en thérapeutique et tout particulièrement en thérapeutique dermatologique. Les nombreux auteurs qui étudient l'autohémothérapie et en expérimentent les effets cherchent à étendre ses indications, à préciser son mode d'action, lequel demeure encore, malgré certaines acquisitions, singulièrement obscur. MM. NICOLAS, GATÉ, DUPASQUIER et LEBEUF (1) fixent un point important en établissant que les succès obtenus dans la furonculose se montrent, non seulement avec l'autohémothérapie, mais

(1) NICOLAS; GATÉ, DUPASQUIER et LEBEUF. — Auto-homo-hétérothérapie dans la furonculose. Comm. au II^e Congrès de Dermatologie et Vénérologie de langue française, Strasbourg, juillet 1923. C. R. *Presse Méd.*, 15 août 1923, p. 712.

avec l'homohémothérapie (injections du sang d'un sujet humain indemne de furonculose dans le présent et dans le passé) et même avec l'hétérohémothérapie (injections de sang de lapin et de cobaye) ; et ils concluent de leurs recherches, d'une part que l'autohémothérapie n'agit pas par vaccination, par séro ou hémothérapie vaccinnante proprement dite, d'autre part qu'elle s'accompagne d'un choc hémoclasique, crise vasculo-sanguine que l'on peut invoquer comme jouant un rôle favorable.

BILLAUX (1) (de Lille) guérit un anthrax du cuir chevelu, en employant cette fois, non les injections de sang mais les applications de ventouses. RIMBAUT (2) (de Montpellier) obtient en dix injections la guérison d'un asthme ancien d'origine indéterminée, après échec des autres traitements. MOUTIER, LAMY et RACHET (3) (de Paris), BLOUQUIER DE CLARET et BRUGAIROLLES (4) (de Montpellier) appliquent la méthode au traitement de cancéreux incurables, abandonnés par les chirurgiens et constatent des effets intéressants : retour de l'appétit, cessation des douleurs, relèvement des forces, amélioration de l'état général ; mais ils reconnaissent que ces résultats sont peu durables, car d'une part, malgré la continuation du traitement, le cancer poursuit son évolution irrévo-

(1) BILLAUX. — *Journal des Sciences Méd. de Lille*, tome xli, n° 25, 24 juin 1923. C. R. *Presse Méd.*, 22 sept. 1923, analyses 105.

(2) RIMBAUT. — Comm. à la Soc. des Sciences Biologiques et Méd. de Montpellier, séance du 16 nov. 1923 ; C. R. *Presse Méd.*, 15 déc. 1923, p. 1056.

(3) MOUTIER, LAMY et RACHET. — Autoséro et autohémothérapie dans les cancers digestifs. Comm. à la Soc. de Gastro-Entérologie de Paris, 2 juill. 1923. C. R. *Presse Méd.*, 18 juill. 1923, p. 632.

(4) BLOUQUIER DE CLARET et A. BRUGAIROLLES. — *Gaz. des Hôp.*, tome xcvi, n° 55, 10 et 12 juill. 1923. C. R. *Presse Méd.*, 3 nov. 1923, analyses 117.

cablement fatale (cependant sans les douleurs et le marasme au milieu duquel succombent habituellement ces malades) et, d'autre part, la cessation du traitement semble précipiter une évolution jusque là freinée.

En août 1923, MOUTIER et RACHET (1) étudient les incidents et accidents de l'autohémothérapie : ils en donnent une bonne classification. Peu après, MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER (2), dans un article du *Lyon Chirurgical*, reviennent sur la question de l'autohémothérapie dans la furonculose et insistent sur les bénéfices considérables qu'on retire de l'emploi de cette méthode. MINO (3) (de Turin), se basant sur ses recherches relatives aux injections d'auto-sang et à la crise hémoclasique qu'elles provoquent, admet à son tour que le mode d'action de ce traitement n'est pas spécifique, qu'il s'agit là d'une médication ayant pour but la désensibilisation non spécifique de l'organisme, de même que l'injection de lait ou de peptone, etc... et que par ses effets elle semble donc se rattacher à la protéinothérapie.

SPILLMANN (4) (de Nancy) obtient des résultats favorables dans le zona. « L'autohémothérapie, dit-il, enraye l'évolution de la lésion cutanée, calme les réactions douloureuses et supprime les réactions générales ». La thèse de DUMOLLARD (5), faite à la Clinique de l'Antiquaille,

(1) MOUTIER et RACHET. — Incidents et accidents de l'autohémothérapie. *Presse Médicale*, 15 août 1923, p. 708.

(2) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — L'autohémothérapie dans la furonculose. *Lyon Chirurgical*, sept.-oct. 1923.

(3) P. MIRO. — Hémothérapie et crise hémoclasique. *Presse Méd.*, 10 nov. 1923, p. 941.

(4) SPILLMANN. — L'autohémothérapie dans le zona. *La Médecine*, nov. 1923, n° 2.

(5) P. DUMOLLARD. — Etude critique de l'autohémothérapie en dermatologie. *Thèse de Lyon*, 1923.

nous apporte une étude critique très complète de l'auto-hémothérapie en dermatologie : les observations publiées par cet auteur confirment la valeur de la méthode dans les eczémas et prurigos diathésiques, urticaires et affections prurigineuses en général, etc... et surtout dans la furonculose vraie qui représente l'indication de choix du traitement sanguin.

Une opinion plus réservée nous est donnée par GOUGEROT (1) qui émet l'avis que les résultats de l'auto-hémothérapie en dermatologie sont encore souvent contestables et surtout inconstants. Contrairement à la grande majorité des auteurs, il ne croit pas la méthode parfaitement inoffensive et conseille de l'utiliser avec prudence.

1924 vit une éclosion de travaux et de publications tout aussi importante, en matière d'autohémothérapie, que les années précédentes. Nous ne saurions les mentionner tous. LAUZE (2) (de Montpellier), ayant traité dix cas de fièvre de Malte authentiques par des séro-diagnostics positifs à des taux élevés, reconnaît n'avoir obtenu qu'un seul succès. G. PORTMANN et BRIED (3) (de Bordeaux) rapportent au 37^e Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie plusieurs cas d'otite externe guéris par les injections du sang des sujets eux-mêmes : à la suite de l'injection, disent ces auteurs, les douleurs si violentes de cette affection sont calmées dans les douze heures ; loca-

(1) GOUGEROT. — La Dermatologie et la Syphiligraphie en 1923. *La Médecine*, nov. 1923, n° 2.

(2) LAUZE. — Comm. à la Soc. des Sciences biol. et méd. de Montpellier, séance du 4 juillet 1924. C. R. *Presse Méd.*, 9 août 1924, p. 664.

(3) G. PORTMANN et BRIED. — C. R. du xxxvii^e Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie, Paris, 15-18 oct. 1924.

lement, sensibilité et tuméfaction disparaissent rapidement ; en général, deux injections, soit au total 20 cc. de sang, faites à quarante-huit heures d'intervalle, amènent la guérison complète. Donc, traitement facile, à la portée de tout praticien, et pouvant être appliqué immédiatement ; et résultats aussi satisfaisants qu'avec la vaccinothérapie.

E. SCHULMANN (1), étudiant le mécanisme de l'action de l'autohémothérapie et ses indications en dermatologie, conseille une simplification de la technique : l'utilisation de ventouses sèches. Il met en garde contre l'extension démesurée, sans preuves certaines, du champ des indications de la méthode, extension qui risque, dit-il, de faire du tort à un mode de traitement susceptible de rendre de grands services quand il est judicieusement appliqué.

Dans un article du *Journal de Médecine de Lyon* (20 mai 1924), MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER (2) résument l'état à ce jour de la question de l'autohémothérapie dans les dermatoses. Ils sont confirmés dans leur opinion que les injections de sang n'agissent pas par vaccination, mais comme une forme bien tolérée de protéinothérapie, par choc hémoclasique. En réalité, le mode d'action de cette méthode leur paraît encore tout à fait indéterminé.

Deux auteurs russes, VLADOS et TARÉEV (3) (de Moscou) auraient enregistré de bons effets thérapeutiques dans

(1) E. SCHULMANN. — L'autohémothérapie en dermatologie. *Presse Méd.*, 22 mars 1924, p. 254.

(2) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — L'autohémothérapie dans les dermatoses. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mai 1924, p. 291.

(3) VLADOS et TARÉEV. — *Presse Méd.*, 30 août 1924, p. analyses 158.

la chlorose, dans les anémies post-hémorragiques et post-helminthiques, dans certaines autres anémies secondaires, ainsi que dans les arthrites et les névralgies. VLADOS et TARÉEV déclarent avoir constaté, après la plupart des injections qu'ils ont pratiquées, des réactions locales et générales assez violentes, et cette affirmation est faite pour nous étonner. Quant au mécanisme de l'autohémothérapie, les deux Russes seraient portés à l'attribuer à la mobilisation des ferments leucocytaires.

Nous-même (1), effectuant au Maroc nos recherches sur l'action de l'autohémothérapie dans le bubon chancrelleux, avons exposé les résultats obtenus dans dix cas ainsi traités. Parmi ces derniers, sept peuvent être considérés comme des succès complets, caractérisés par la disparition progressive de l'inflammation ganglionnaire, la résorption du pus collecté, la fonte de la périadénite et la guérison parfaite du malade. Dans les trois autres cas, les injections de sang parurent n'exercer aucun effet sur l'évolution du bubon et les phénomènes inflammatoires s'accrurent jusqu'au jour où l'on dut recourir à l'incision.

Signalons encore le plaidoyer enthousiaste de TENCKHOFF (2) en faveur de l'autohémothérapie qu'il aurait employée avec succès dans les affections les plus diverses : inflammations d'origine non microbienne

(1) P. GAYET. — Essais d'autohémothérapie dans le bubon consécutif au chancre simple. Comm. à la Soc. de Médecine et d'Hygiène du Maroc, séance du 5 nov. 1924. C. R. *Maroc Médical*, 15 févr. 1925, p. 114, et *Presse Méd.*, 25 février 1925.

(2) B. TENCKHOFF. — Sur l'autohémothérapie. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome L, n° 50, 12 déc. 1924. C. R. *Presse Médicale*, 2 janv. 1925.

(névralgies, sciaticques, etc...) ; processus suppuratifs et ulcéreux (furoncles, anthrax, mammites, phlegmons, pyélites aiguës, thrombophlébites, suppurations articulaires) ; affections aiguës (pneumonies, septicémies, érysipèle, méningites, diphtérie) ; dans les infections chroniques (bronchites, pneumoconioses, arthropathies chroniques, métrites et annexites chroniques) ; enfin, dans les tuberculoses chirurgicales. Mais nous ne devons pas accueillir sans réserves sérieuses ces résultats véritablement merveilleux, et qui nous paraissent dépasser ce qu'on est en droit d'attendre de l'autohémothérapie.

TENCKHOFF, qui reconnaît pourtant avoir échoué dans la tuberculose pulmonaire, déclare que toutes les maladies inflammatoires et infectieuses sont plus efficacement combattues par l'autohémothérapie que par n'importe quel remède pharmaceutique, si l'on se sert judicieusement de la méthode, et il attribue l'action bienfaisante de cette dernière à l'excitation qu'elle exerce sur le sympathique, accessoirement à la présence d'anticorps spécifiques. Pour cet auteur, l'avantage de l'autohémothérapie est qu'elle permet de réaliser une excitation du sympathique très graduée, allant de la plus douce à la plus intense, s'adaptant ainsi au traitement d'états morbides très divers.

Récemment, MM. DIDIER et MATHIEU (1) ont signalé les heureux effets de l'autohémothérapie chez quatre malades traités par les sérums antidysentérique, antitétanique et antipneumococcique, et présentant des accidents sériques douloureux : urticaire, arthralgie et surtout

(1) DIDIER et L. MATHIEU. — Comm. à la Soc. de Méd. de Nancy, 11 fév. 1925. C. R. *Presse Méd.*, 14 mars 1925, p. 337.

prurit intense. Une seule injection de sang (15 à 20 cc.) chez chacun de ces malades calma définitivement, en quelques heures, ces différents symptômes.

Enfin, à la suite des travaux de M. NICOLAS et de ses élèves, on a particulièrement étudié, au cours de ces derniers mois, l'action de l'autohémothérapie sur le bubon satellite du chancre simple. A côté d'échecs indéniables, presque tous les auteurs ont obtenu une forte majorité de succès et admettent que les injections d'auto-sang constituent, dans les cas d'adénites chancrelleuses, une méthode thérapeutique de réelle valeur, susceptible de donner les meilleurs résultats. Seuls, WEIN, SALUTZKI et KONIGSBERG (1) (de Moscou), publiant leurs recherches sur l'autohémothérapie dans quelques affections cutanées et vénériennes, déclarent avoir eu onze échecs sur onze cas de chancre mou avec bubon. Cette proportion, qui ne saurait nous étonner pour le chancre, constamment réfractaire au traitement sanguin, a, par contre, le droit de nous surprendre en ce qui concerne le bubon.

FALCOZ (2), dans sa thèse inspirée par Schulmann, rapporte douze observations (on les trouvera résumées plus loin) de bubons chancrelleux à tous les stades de leur évolution et dont dix représentent des succès complets de l'autohémothérapie. MANDEL (3), à une récente séance de la Réunion Dermatologique de Strasbourg, a

(1) WEIN, SALUTZKI et KONIGSBERG. — L'autohémothérapie dans quelques affections cutanées et vénériennes. — *Dermatologische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 51, 20 déc. 1924.

(2) FALCOZ A. — Thèse de Paris, 1925 : Traitement des adénites chancrelleuses par l'autohémothérapie.

(3) MANDEL. — Réunion dermatologique de Strasbourg, séance du 8 mars 1925. C. R. in *Bulletin de la Soc. française de Dermatologie et Syphiligraphie*, avril 1925, p. 107.

mentionné trois cas de bubons guéris par l'auto-sang, l'un d'eux en six jours, et il conseille l'emploi de la méthode en insistant sur cet avantage que l'on peut ainsi obtenir la résorption de l'adénite sans y toucher et la traumatiser.

Dans un article tout dernièrement paru, MM. NICOLAS et Jean LACASSAGNE (1) exposent l'état actuel de la question du traitement des bubons chancrelleux par l'auto-hémothérapie ; ils publient quatorze observations singulièrement convaincantes (douze succès, deux échecs) et font ressortir de leur travail quel traitement particulièrement efficace et inoffensif des adénites consécutives aux chancres simples représentent les injections de sang. Cherchant à expliquer les cas dans lesquels la méthode a échoué, MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE, partant de cette conception qu'il existe vraisemblablement deux variétés de bubons : les uns, adénites inflammatoires simples, banales ; les autres, adénites chancrelleuses vraies dues au bacille de Ducrey, se demandent si la différence d'action de l'autohémothérapie dans les divers cas de bubons ne tiendrait pas précisément à la différence de nature bactériologique de ces adénites. On comprendrait en effet que les injections de sang, parfaitement inopérantes sur l'ulcération chancrelleuse elle-même, pussent demeurer également sans action sur le bubon chancrelleux proprement dit, à bacille de Ducrey. « Nous donnons cette explication, disent les auteurs, comme une hypothèse,

(1) NICOLAS et J. LACASSAGNE. — Traitement des bubons chancrelleux par l'autohémothérapie. — *Journal de Méd. de Lyon*, 20 mai 1925, p. 287.

mais qui n'est peut-être pas négligeable et qu'il s'agira maintenant de confirmer ou d'infirmer ».

On voudra bien excuser la longueur de notre historique, fatalement incomplet pourtant, et l'énumération des multiples travaux que nous avons cru devoir mentionner. Cette étude aura du moins montré combien l'autohémothérapie, depuis son apparition en 1912, a suscité de recherches et d'expériences. On a beaucoup demandé à cette méthode si prometteuse, si féconde en résultats heureux, mais il est aujourd'hui prouvé qu'il ne faut pas en espérer plus qu'elle ne peut donner. Bien des problèmes qu'elle soulève restent d'ailleurs encore dans l'ombre à l'heure actuelle et c'est de l'avenir, des travaux qui se poursuivent de tous côtés dans le monde scientifique, que nous attendons leur solution.

CHAPITRE III

L'Autohémothérapie : Instrumentation, Technique, Conduite du Traitement, Incidents et Accidents

Tout a été dit sur ces questions et nous n'y ajouterons rien. L'autohémothérapie, parmi ses nombreux avantages, offre celui d'être une méthode extrêmement simple, à la portée de tout praticien, puisque son emploi se résume à ceci : une ponction veineuse suivie d'une injection sous-cutanée ou intramusculaire. Nous nous contenterons de rappeler dans ce chapitre les points les plus essentiels.

I. — Instrumentation.

Une seringue en verre de 10 cc.; une aiguille longue de 5 à 6 cm. et de calibre un peu large; un lien de caoutchouc et une pince hémostatique; un tampon d'ouate imbibé d'alcool, d'éther ou de teinture d'iode. Tels sont les objets nécessaires et suffisants.

La seringue sera de préférence stérilisée par la chaleur sèche, qui permet un meilleur jeu du piston; on s'assu-

ra au préalable de son bon fonctionnement. L'aiguille, en acier ou mieux en platine, devra satisfaire aux conditions suivantes: avoir un biseau court qui puisse aisément pénétrer dans la lumière de la veine choisie, un diamètre suffisant pour permettre la circulation facile du sang à son intérieur; être enfin assez longue pour porter profondément, dans les masses musculaires de la fesse, le sang recueilli, si, comme c'est le cas le plus fréquent, on pratique l'injection intrafessière.

L'emploi d'une solution anticoagulante (citrate de soude, etc.), ou d'une seringue paraffinée est tout à fait inutile. Nous n'avons jamais, pour notre part, observé la coagulation du sang dans l'aiguille ou dans la seringue.

II. — Technique.

Celle-ci, nous l'avons déjà dit, est d'une élémentaire simplicité. S'il est plus commode d'agir à deux, l'un pratiquant la ponction et la réinjection, l'autre manœuvrant le lien de caoutchouc et assurant l'asepsie locale, un seul opérateur peut parfaitement suffire.

Une sage précaution nous paraît être de rassurer le malade quant à la petite intervention dont il va être l'objet et de lui expliquer les deux temps qu'elle comporte. Il sera préparé à l'avance pour éviter toute interruption dans l'opération: celle-ci pourra s'effectuer le sujet restant debout, mais nous croyons préférable de le faire étendre sur un lit ou une table, tant pour la commodité personnelle du médecin qu'en raison des risques de malaise, voire même de syncope, chez les malades émotifs ou pusillanimes.

Les précautions habituelles d'asepsie étant prises, le lien convenablement placé, le bras du sujet appuyé sur un plan résistant, il convient d'agir avec précision et sans perdre de temps: on prélève, par ponction de l'une quelconque des veines du pli du coude (le choix de la veine n'a aucune importance, il faut seulement qu'elle soit bien visible) on prélève 10 cc. de sang en moyenne et l'on réinjecte immédiatement ce sang, avec la même seringue et la même aiguille, soit sous la peau (abdomen, face externe de la cuisse, tissu cellulaire du bras ou de l'avant-bras), soit dans une masse musculaire (épaule, face externe de la cuisse, fesse). Nous donnons la préférence à l'injection profonde dans la fesse, peu douloureuse en général, et que l'on fera très haut et très en dehors, sur une ligne partant du sommet du pli interfessier pour aboutir à l'épine iliaque antéro-supérieure, en l'un quelconque des points classiques.

Pour simplifier encore la technique et donner à l'intervention un minimum de durée, M. le professeur JEANSELME et ses élèves emploient habituellement le procédé suivant: la ponction veineuse faite, et sans retirer l'aiguille au dehors, ils réinjectent le sang sous la peau, dans la même région du pli du coude. Mais ce procédé, comme toute injection de sang sous-cutanée, a l'inconvénient de produire une ecchymose étendue, disgracieuse, lente à se résorber, et pour cette raison ne nous paraît pas recommandable.

Chez les sujets très gras, et, d'une manière générale, chez tous ceux dont les veines sont peu visibles, on peut éprouver quelque difficulté à réussir la ponction. Il est rare néanmoins que celle-ci soit impossible, surtout si

l'on se sert d'une aiguille plus fine. En cas d'échec, ou encore si l'on a affaire à des malades qui pour un motif quelconque ne supportent pas les injections, on aura alors la ressource de recourir à l'application de ventouses sèches et de réaliser par ce moyen une véritable auto-hémothérapie.

III. — Conduite du traitement, doses à employer, nombre et fréquence des injections.

La conduite d'un traitement par les injections d'auto-sang est une question assez délicate, et ne saurait être assujettie à des règles formelles. On doit tenir compte du sujet auquel on s'adresse, de son âge, des réactions qu'il présente, etc.

Un sérieux progrès néanmoins a été réalisé depuis l'époque, récente encore, où MM. GATÉ et DUPASQUIER (1) écrivaient: « Dans l'ignorance où nous sommes des effets réalisés par l'introduction dans un organisme d'albumines étrangères et de son propre sang en particulier, il est impossible d'édicter actuellement des règles thérapeutiques définitives. Et nous n'avons pas encore de cette méthode une expérience assez grande pour suppléer pleinement à cette insuffisance doctrinale. A la vérité, nous avons procédé au hasard, empiriquement, modifiant pas à pas notre manière suivant les cas observés, les succès ou les échecs. »

C'est à tâtons, en effet, et de façon purement empi-

(1) J. GATÉ et D. DUPASQUIER. — Considérations pratiques sur l'autohémothérapie en dermatologie. — *Journ. de Méd. de Lyon*, mai 1922, p. 307.

rique que l'autohémothérapie fut pendant longtemps utilisée. Quelles étaient les affections susceptibles d'en bénéficier ? Quelles doses fallait-il employer ? Quels devaient être le nombre et la fréquence des injections ? Autant de questions auxquelles il était bien malaisé de répondre. Dans leurs mémorables expériences de la première heure, MM. SICARD et GUTMANN (1), chez leurs épileptiques, injectaient deux fois par semaine, durant deux mois environ, 40 cc. de sang. RAVAUT (2), l'année suivante, commença par des injections hebdomadaires de 20 à 25 cc., puis il lui parut préférable de ne pas attendre aussi longtemps et il en arriva aux injections quotidiennes des mêmes doses. RAMOND et GOUBERT (3), traitant leurs typhiques à l'Hôpital militaire de Châlons, concluaient de leurs essais que si à la sixième injection (20 cc. chaque fois) aucun résultat n'était obtenu, il était inutile de continuer, la méthode ayant donné son maximum de rendement. Après ces auteurs, chacun agit à sa manière, observant ses malades, étudiant les réactions cliniques et biologiques consécutives aux injections, modifiant sa conduite d'après ses propres constatations.

Il y a un an, MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER (4), se basant sur leur expérience déjà longue de l'autohémothérapie en dermatologie, faisaient connaître leurs conclusions relatives à la conduite de ce traitement et posaient en principe que celui-ci, « dans la cure des diverses dermatoses, doit obéir à certaines règles qui,

(1) SICARD et GUTMANN, *loc. cit.*

(2) P. RAVAUT, *loc. cit.*

(3) RAMOND et GOUBERT, *loc. cit.*

(4) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — L'autohémothérapie dans les dermatoses. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mai 1924, p. 291.

sans être très précises, permettent cependant au médecin de ne pas se fier exclusivement à l'arbitraire ». Voici le résumé de ces conclusions :

La quantité de sang optima à injecter est de 10 cc., chiffre qui peut être adopté comme une bonne moyenne (il sera moindre, naturellement, chez les enfants);

Les injections seront pratiquées tous les deux, trois ou quatre jours. En fait, lorsqu'on lutte contre un symptôme (le prurit, par exemple, rapidement calmé par l'injection, mais qui reprend deux ou trois jours après pour céder à nouveau lors de l'injection suivante) il y a intérêt à renouveler l'injection avant le retour du symptôme. « Quelques jours d'observation permettent de déterminer la limite de protection conférée par l'injection de sang. Lorsque cette notion sera acquise, on devra rapprocher les injections de telle sorte que cette limite ne soit pas atteinte. Tel est le principe dont découle la fréquence des injections »;

Enfin, relativement à la question de savoir pendant combien de temps il convient de continuer le traitement, MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER groupent les malades en cinq catégories: 1° ceux qui, dès la première injection, sont guéris ou très améliorés, fonctionnellement du moins: cas assez fréquent; pronostic excellent; six à huit injections, parfois moins, sont alors nécessaires; 2° les malades chez lesquels l'amélioration est lente et progressive; aller jusqu'à vingt injections et plus, et ne pas se décourager trop vite; 3° ceux qui, après une phase de sédation, deviennent absolument réfractaires au traitement ou même subissent des rechutes: cesser la thérapeutique; 4° les malades, très rares, chez qui les injec-

tions de leur sang exercent une action nettement défavorable, avec exacerbation de leur dermatose, éventualité qui naturellement commande l'arrêt du traitement ; 5° enfin, les malades que l'autohémothérapie n'influence ni en bien ni en mal ; aller jusqu'à un assez grand nombre d'injections et abandonner finalement la tentative si l'on n'obtient vraiment aucun résultat favorable.

Dans les cas rebelles et récidivants, les auteurs conseillent de faire plusieurs séries séparées par des intervalles de repos.

A MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER revient donc le mérite d'avoir tracé les directives générales du traitement des dermatoses par les injections de sang. Ces directives nous paraissent pouvoir également être suivies dans tous les cas où l'on tentera de faire bénéficier de l'autohémothérapie une affection médicale ou chirurgicale quelconque.

IV. — Incidents et Accidents.

L'autohémothérapie est une méthode essentiellement bénigne, qui, si elle détermine chez le sujet traité un certain nombre de réactions d'ordre biologique, n'entraîne habituellement chez lui qu'un minimum de réactions cliniques. Elle ne l'expose pas à des accidents graves et en tout cas elle ne met pas sa vie en danger.

Dès 1913, RAVAUT (1) déclarait n'avoir observé chez ses malades aucune réaction locale rappelant le phénomène d'Arthus ni aucun phénomène d'anaphylaxie. Ultérieurement, les incidents et accidents, rares et légers pour

(1) RAVAUT, *loc. cit.*

la plupart, consécutifs aux injections d'auto-sang, ont été bien étudiés par nombre d'auteurs, parmi lesquels il convient de citer MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER (1), MOUTIER et RACHET (2).

L'injection elle-même n'est pas ou est peu douloureuse: certains malades accusent parfois dans la journée une sensation de pesanteur, de gêne au niveau de la fesse, mais cette sensation est toujours légère et n'a jamais empêché le sujet de vaquer à ses occupations.

Avec MM. MOUTIER et RACHET, nous diviserons les accidents observés au cours de l'autohémothérapie en deux grandes classes: a) ceux qui accompagnent ou suivent immédiatement la piqure; b) ceux qui se manifestent plus tardivement, quelques heures ou quelques jours après.

Les accidents de la première catégorie ne sont pas, à proprement parler, des complications de l'autohémothérapie. Qu'ils se manifestent au cours ou à propos de l'injection, ils reconnaissent presque toujours nettement une cause étrangère à la méthode. Ils surviennent chez les émotifs, les nerveux, les pithiatiques, et se traduisent par des phénomènes de nature syncopale allant parfois jusqu'à la perte totale de la connaissance, avec rapidité et petitesse du pouls, pause respiratoire, pâleur du facies, bref réalisant un tableau dramatique qui épouvante l'en-

(1) NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER. — Réactions cliniques de l'autohémothérapie dans quelques dermatoses. *C. R. des Séances et Mém. de la Soc. de Biol.*, 1921, p. 1036. — Nouveaux essais d'autohémothérapie dans les dermatoses, *Ann. de Dermatologie et Syphiligraphie*, tome III, n° 4, avril 1922. — L'autohémothérapie dans les dermatoses, *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mai 1924, etc...

(2) MOUTIER et RACHET. — Incidents et accidents de l'autohémothérapie. — *Presse Méd.*, 15 août 1923, p. 708.

tourage. Il s'agit en pareil cas de syncopes banales dont l'injection de sang n'est nullement la cause spécifique, puisque les accidents apparaissent fréquemment dès la ponction de la veine, avant la réinjection du sang recueilli. On doit donc admettre qu'en pareil cas l'on a affaire à des sujets prédisposés, susceptibles de reproduire le même accident sous des causes multiples et variées.

Quant aux accidents médiats, c'est-à-dire ceux qui se manifestent plus tardivement, ils relèvent en propre du mode de traitement. MOUTIER et RACHET (1) en distinguent deux groupes: « Dans le premier se rangent les incidents ne rappelant en rien ceux que l'on cherche à combattre... Ils sont extrêmement variés, polymorphes, tant dans leur date d'apparition que dans leur intensité » et consistent en une sensation vague de malaise avec courbature légère, en fatigue intellectuelle, somnolence, céphalée, vertige, insomnie, légère poussée thermique à 38°. MM. NICOLAS et GATÉ ont observé des douleurs lombaires et des phénomènes d'arthralgie qu'ils ont rapprochés de ceux qu'on observe à la suite des injections de sérums.

Dans le second groupe prennent place les cas où l'autohémothérapie déclanche des accidents analogues au syndrome morbide contre lequel elle a été instituée ou aggrave les accidents en cours. En pareil cas le traitement, loin d'améliorer les lésions ou les symptômes auxquels il s'adresse; a au contraire pour effet de les exacerber. C'est un sujet, atteint d'eczéma, chez lequel

(1) MOUTIER et RACHET, *loc. cit.*

chaque injection de sang provoque une poussée au niveau de sa dermatose; c'est une migraineuse qui, après avoir très bien supporté les premières piqûres, subit du fait de la quatrième ou de la cinquième injection une violente crise de migraine. C'est un malade, sujet à de fréquentes poussées d'urticaire, qui présente en cours de traitement, quelques heures après chaque injection, un prurit intense avec cuisson très marquée et généralisation temporaire de l'éruption. Chez les malades qui présentent semblables réactions, l'effet déchainant ou intensifiant ne se produit presque toujours qu'après la troisième ou la quatrième injection, les premières étant en général très bien supportées.

MOUTIER et RACHET concluent ainsi: « Si nous laissons de côté les syncopes émotives du début, les accidents dont nous avons tenté une courte étude d'ensemble nous paraissent dus à ce que l'autohémothérapie qui, au moins dans la pensée de certains, vise à une désensibilisation anaphylactique, agit quelquefois par le mécanisme même du choc qu'elle cherche à combattre. »

Notre pratique personnelle de l'autohémothérapie, dans les cas de bubons chancrelleux notamment, ne nous a jamais donné d'accidents, à peine quelques très légers incidents. Une fois entre autres, nous avons constaté après la quatrième injection, chez un malade traité pour bubon, un certain degré de malaise général avec courbature et état fébrile (38°) durant vingt-quatre heures. Encore faudrait-il démontrer qu'il ne s'est point agi là d'une simple coïncidence.

CHAPITRE IV

Résultats de l'Autohémothérapie dans le Bubon consécutif au Chancre simple Conduite du Traitement

Le nombre même des procédés qui ont été successivement préconisés dans le traitement de l'adénite chancreuse indique assez qu'aucun d'entre eux n'est parfait. Beaucoup n'ont eu qu'une heure de succès et ont été promptement abandonnés, soit en raison de la médiocrité de leurs résultats, soit à cause des inconvénients qu'ils présentaient. Parmi les méthodes les plus récentes (vaccinothérapie, etc.), il en est peu qui soient vraiment au point. Venant après tant d'autres, quelle est la valeur de l'autohémothérapie et que peut-on attendre d'elle ? C'est ce que nous allons maintenant étudier.

Le bubon chancrueux non ouvert, à tous les stades de son évolution, est justiciable du traitement par les injections d'auto-sang, et celui-ci mérite d'être institué de préférence à tout autre. Telles sont les deux proposi-

tions que nous formulons au début de ce chapitre et que nous prétendons justifier, en exposant tout d'abord ci-après l'ensemble des résultats donnés par la méthode dans l'affection qui nous occupe; en publiant ensuite, dans le chapitre V, les observations sur lesquelles s'appuie notre opinion.

Un sujet porteur de bubon chancrelleux fermé (c'est-à-dire ni incisé, ponctionné ou spontanément ouvert à la peau) peut se présenter au médecin à trois périodes distinctes: 1° au moment de l'apparition de son adénite, alors qu'on constate en général un seul ganglion hypertrophié, déjà douloureux, mobile encore à la palpation, sans réaction appréciable de périadénite ni modification de la peau sus-jacente (période de début); 2° au stade inflammatoire aigu, lorsque le ou les ganglions intéressés, très augmentés de volume, très douloureux spontanément et à la palpation, sont englobés dans une masse plus ou moins compacte de périadénite, avec rougeur et hyperthermie des téguments à ce niveau (période inflammatoire aiguë); 3° au moment où le pus est en formation ou se trouve même déjà collecté, alors que la lésion primitive est devenue un véritable adénophlegmon suppuré; on observe à l'examen une tuméfaction plus ou moins volumineuse et saillante, présentant en un ou plusieurs points de la fluctuation; cette tuméfaction est le siège de vives douleurs et occasionne une gêne considérable de la marche; la peau tendue, amincie, rouge, luisante et chaude, recouvre l'abcès sous-jacent, et celui-ci, dans les cas où le pus est collecté en quantité notable, est parfois prêt à s'ouvrir au dehors (période de suppuration).

Qu'il s'agisse de bubons à leur début, en période inflam-

matoire aiguë ou déjà suppurés, l'autohémothérapie, dans la grande majorité des cas, exerce sur l'évolution de l'adénopathie une action favorable et permet d'en obtenir, après un nombre variable d'injections, la guérison complète et définitive sans aucune manœuvre locale.

L'effet le plus précoce et le plus communément observé, mais non absolument constant, est l'amélioration considérable, voire la disparition totale du symptôme douleur, et cela quelle que soit la période de l'affection. Dès la première injection, parfois moins d'une heure après (un quart d'heure dans un cas de MM. NICOLAS et LACASAGNE) le malade se trouve soulagé: son bubon n'est plus le siège d'une douleur spontanée aussi vive, il devient beaucoup moins sensible à la palpation et à la pression; la gêne de la marche est diminuée; le malade dort paisiblement la nuit suivante.

La sédation qui si souvent est obtenue dès cette première injection a une durée variable. Lorsque le traitement est régulièrement poursuivi (à raison d'une injection tous les deux jours, par exemple), elle persiste définitivement. Elle est parfois plus longue à se manifester, mais, lorsque l'adénopathie doit guérir, elle ne tarde guère au delà de la deuxième ou de la troisième injection. Dans trois de nos observations personnelles, le traitement, malgré la répétition des injections, n'amena aucun soulagement et le bubon dut finalement être incisé en raison de l'extension considérable des phénomènes inflammatoires. Il semblerait donc que cette absence de sédation après les premières injections soit d'un pronostic défavorable quant au résultat final du traitement.

Lorsqu'on peut commencer ce dernier dès l'apparition

du hubon (période de début), on constate le plus souvent, d'une part, ainsi que nous venons de le dire, l'atténuation ou même la disparition de la douleur; d'autre part, la régression plus ou moins rapide des symptômes de l'inflammation. L'hypertrophie ganglionnaire diminue progressivement et la guérison complète est la règle. Rares en vérité sont les cas qui ne paraissent nullement bénéficier de la thérapeutique et poursuivent leur évolution jusqu'à la suppuration, nécessitant finalement l'incision ou aboutissant à l'issue spontanée du pus au dehors, avec fistulisation consécutive.

Si l'adénopathie est traitée à un stade plus avancé (période inflammatoire aiguë ou période de suppuration) il est fréquent de voir après les premières injections une amélioration très notable s'ensuivre. Outre la sédation de la douleur locale, on observe alors un amendement progressif des autres phénomènes inflammatoires: la masse ganglionnaire diminue de volume; les points fluctuants deviennent moins perceptibles, puis disparaissent; la peau, moins rouge, moins chaude et moins tendue, semble se désinfiltrer; bref, l'adénophlegmon évolue, non plus vers l'abcès collecté, mais vers la résorption qui est obtenue au bout d'un temps plus ou moins long. Cette amélioration est parfois lente et n'aboutit à la guérison qu'après un assez grand nombre d'injections: on doit alors persévérer et poursuivre le traitement aussi longtemps qu'il est nécessaire.

Une autre éventualité n'est pas rare. On observe souvent, en effet, durant les premiers jours du traitement, c'est-à-dire au cours de la période qui va de la première à la quatrième ou cinquième injection, les phénomènes

suivants: le bubon continue son évolution vers le ramollissement et ne semble pas influencé par les injections; l'inflammation augmente, le pus se collecte; la tuméfaction bombe sous la peau amincie; l'ouverture spontanée paraît imminente. On peut alors croire à l'échec de la thérapeutique et la tentation est grande de ponctionner et d'inciser l'abcès.

C'est à ce moment, conseille M. le professeur NICOLAS, qu'il faut s'armer de patience et savoir ne pas abandonner trop vite la partie. D'une part, en effet, il n'y a pour le malade aucun danger à s'abstenir de toute intervention (sauf, bien entendu, indication tirée du fait de l'extension trop considérable des phénomènes inflammatoires); et d'autre part, si l'on continue régulièrement les injections, on constate le plus fréquemment que la tuméfaction finit par diminuer, que le bubon commence à s'affaïsser, que la fluctuation devient moins nette, la rougeur des téguments moins vive, et que, le pus se résorbant progressivement, toute menace d'ouverture à la peau disparaît. « Tant que la poche fluctuante, si fluctuante soit-elle, ne s'est pas ouverte, écrivent MM. NICOLAS et Jean LACASSAGNE (1), tout espoir n'est pas vain, et l'on assiste parfois à la résorption d'un bubon dont l'issue du pus à l'extérieur semblait tout à fait imminente. Dans les cas en apparence les plus désespérés, la main du médecin ne devra pas s'armer du bistouri d'abord mais de la seringue à ponction veineuse. » La guérison complète de l'adénopathie sera souvent la récompense de la

(1) NICOLAS et Jean LACASSAGNE. — Traitement des bubons chancreux par l'autohémothérapie. — *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 mai 1925, p. 287.

persévérance du médecin... et de la patience de son malade. Le bubon étant à plat, la fluctuation de moins en moins perceptible, la gangue de périadénite commence à fondre. Il ne subsiste plus finalement que quelques vestiges de cette dernière englobant les ganglions revenus à leur volume normal, et une pigmentation légère de la peau.

Nous concevons qu'on puisse au premier abord éore surpris de ces résultats, et certains esprits auront sans doute peine à admettre qu'on parvienne ainsi à obtenir la résorption d'un adénophlegmon suppuré, prêt à s'ouvrir au dehors. De tels faits sont pourtant réels : nos observations en apportent la preuve, sinon l'explication. Nous devons d'ailleurs, à côté de succès incontestables, mentionner plusieurs cas dans lesquels l'autohémothérapie, instituée chez des sujets dont les bubons fluctuaient déjà, a paru n'exercer aucun effet. Les injections furent pratiquées jusqu'à un chiffre assez élevé (12, 14 et plus) sans modifier apparemment l'évolution de l'affection. Finalement, l'ouverture spontanée se produisit, ou bien l'accroissement marqué des phénomènes inflammatoires, leur extension aux régions voisines, la douleur intense et la fièvre accusées par le malade nécessitèrent une intervention. Ces cas défavorables sont, il est vrai, de beaucoup les moins nombreux.

Quelle est l'influence des injections de sang sur le bubon ouvert ? Nous n'avons aucune expérience de la question, mais divers auteurs, entre autres FALCOZ (1), déclarent qu'à cette phase tardive de l'affection, l'auto-

(1) FALCOZ A., *loc. cit.*

hémothérapie tarit l'écoulement purulent et surtout atténue la douleur.

Contrairement à ce que l'on observe parfois dans les dermatoses, à ce qui a été également signalé dans un certain nombre d'autres maladies, il ne semble pas que l'autohémothérapie ait jamais exercé une action défavorable sur le bubon chancrelleux, avec exacerbation de tous les symptômes, évolution précipitée vers la suppuration; en un mot, qu'elle soit capable de donner un coup de fouet à la lésion. Le pire effet du traitement, c'est d'être nul et de laisser l'adénopathie évoluer pour son propre compte, comme si elle n'était soumise à aucune thérapeutique utile. Mais en aucun cas il n'y a lieu de redouter un résultat opposé à celui qu'on cherche à atteindre.

Le traitement d'un bubon chancrelleux par l'auto-sang ne nécessite l'adjonction d'aucun autre moyen: nous estimons seulement qu'il est préférable, dans tous les cas, de tenir le malade au lit. A ce sujet, on pourra nous objecter que ce simple repos au lit suffit souvent à permettre la résolution de l'adénite, lorsque celle-ci du moins n'est pas encore parvenue au stade de suppuration. Nous le reconnaissons volontiers. Il est incontestable qu'au début de l'affection — parfois même si le malade continue à marcher, à travailler, bref à mener son existence habituelle, et vient à la consultation externe; à plus forte raison s'il se repose et demeure couché — un certain nombre de bubons, loin d'évoluer vers la suppuration, avortent en quelque sorte et tournent court spontanément. Ces faits n'infirmen en rien la valeur de l'autohémothérapie, car la proportion des bubons qu'elle guérit

est, certes, très supérieure au pourcentage de ceux qui guérissent spontanément. Et l'influence du repos, si réelle soit-elle, ne saurait être exagérée.

L'action de l'autohémothérapie est plus manifeste encore lorsque l'adénite suppure déjà. A cette période, en effet, on n'est plus en droit d'espérer la résorption sans traitement, et le bubon abandonné à lui-même aboutit fatalement à l'évacuation du pus au dehors par effraction de la peau, à moins que celui-ci ne se fraye un chemin vers la profondeur, au risque de déterminer des complications graves. Comment nier l'efficacité d'une méthode qui provoque, dans de telles conditions, la résorption de ce pus, la fonte de la périadénite et la guérison complète du bubon ?

Il n'y a, pour la conduite du traitement, aucune règle absolue. Suivant les conseils de M. le professeur NICOLAS, on peut pratiquer une injection de sang tous les deux jours, à la dose de 10 cc. chaque fois. Certains emploient de préférence l'injection quotidienne (5 à 10 cc) ; d'autres espacent de trois jours ou même davantage les piqûres qu'ils font au malade. On veillera à ce que ce dernier observe le repos au lit, ou du moins on lui conseillera d'éviter toute fatigue ; on lui recommandera de ne pas porter la main à la lésion, de ne pas l'irriter par des contacts ou des frottements répétés, et l'on maintiendra au besoin en permanence un enveloppement ouaté protecteur.

Les injections seront régulièrement continuées, même si les phénomènes locaux s'accroissent et si le traitement paraît rester sans effet. Il est indispensable que le médecin montre de la persévérance lorsque le résultat désiré

se fait attendre: on se rappellera que ce n'est parfois qu'après six ou huit injections que les premiers symptômes d'amélioration sont constatés. Si le bubon vient à s'ouvrir et qu'on croie à ce moment devoir lui appliquer une autre thérapeutique, on pourra néanmoins poursuivre parallèlement les injections de sang, dans l'espoir de hâter ainsi la guérison. Si au contraire la résorption s'amorce et que l'évolution s'annonce favorable, on continuera le traitement jusqu'à disparition de la fluctuation, fonte complète de l'adénite et rétrocession de tous les symptômes inflammatoires. On n'arrêtera les injections qu'une fois la guérison obtenue. Ce résultat acquis, il sera bon de suivre quelque temps son malade et de vérifier qu'aucune récidive ne s'est produite.

On se heurtera parfois à un parti pris du malade qui, lorsque son « poulain » se ramollit et devient fluctuant, réclame au médecin une incision prompte. Celle-ci, dans son esprit, « fera sortir le mal », soulagera ses douleurs et le guérira sans retard. En pareil cas, le médecin devra user de persuasion et calmer l'impatience assez naturelle qui lui est manifestée; sans entrer dans des explications techniques ou dans des considérations anatomo-pathologiques, il s'efforcera de convaincre son malade que ce n'est pas une expérience qu'on tente sur lui, qu'il est de son intérêt de ne pas recourir trop vite à l'incision et de poursuivre les injections durant le temps nécessaire.

Notons, en terminant ce chapitre, que l'autohémothérapie n'a jamais paru exercer aucune action, quelle qu'elle soit, sur le ou les chancres simples, parfois d'ailleurs déjà cicatrisés au moment où l'on traite le bubon. La méthode s'adresse donc exclusivement à l'adénopa-

thie, et la lésion chancrreuse sera traitée indépendamment de son côté par les procédés habituels. Il n'y a aucune relation évidente, en tout cas aucun parallélisme entre l'évolution du chancre et celle du bubon.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION I

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

V... Basilo, 44 ans, manœuvre. — Gros bubon inguinal gauche consécutif à des chancres simples du sillon, à peu près cicatrisés; bubon très douloureux, à peau rouge et tendue, au niveau duquel la ponction retire quelques gouttes de pus contenant de rares bacilles de Ducrey.

On institue l'autohémothérapie. Au début, malgré deux injections de sang pratiquées à deux jours d'intervalle, le bubon continue à évoluer vers la suppuration, demeurant très douloureux. Mais deux jours après la troisième injection, les phénomènes inflammatoires commencent à céder; la douleur, la rougeur de la peau diminuent nettement, ainsi que la périadénite. A la suite de la quatrième injection, toute douleur a disparu, mais la fluctuation persiste encore. Enfin, après la sixième injection, la fluctuation disparaît à son tour et il ne reste plus qu'un peu d'empâtement qui achève bientôt de se fondre.

Le malade sort du service, un mois après son entrée, ayant reçu en tout onze injections de son propre sang.

OBSERVATION II

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

A... Jésus, 19 ans, manœuvre. — Chancres simples du limbe préputial, en voie de cicatrisation. Bubon inguinal droit très douloureux, nettement fluctuant, déjà rosé. Le pus, examiné

après ponction, renferme de très nombreux bacilles de Ducrey.

Deux jours après la première injection, le bubon est déjà beaucoup moins tendu et beaucoup moins douloureux. Après la deuxième injection, les douleurs ont disparu et il ne persiste qu'une petite induration très localisée. Le malade reçoit encore trois injections, cinq au total, et quitte le service entièrement guéri, neuf jours après le début du traitement.

OBSERVATION III

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

Ch... Solirios, 28 ans, manœuvre. — Chancre simple du prépuce datant de vingt-cinq jours. Adénite volumineuse du pli de l'aîne gauche, avec, à ce niveau, peau rouge, fluctuation nette et vive douleur. L'examen du pus retiré par ponction est négatif; auto-inoculation négative après quarante-huit heures.

Une première injection de sang détermine deux jours plus tard la disparition complète de la douleur. Les injections sont continuées, et à la suite de la cinquième, le malade quitte le service, dix jours après son entrée, le bubon étant guéri, mais le chancre incomplètement cicatrisé.

OBSERVATION IV

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

A... Antoine, 23 ans, salle Saint-Camille.

14 décembre 1923. — Chancres simples du sillon. Bubon droit volumineux, rouge, avec périadénite.

15 décembre. — Autohémothérapie: 10 cc.

17 décembre. — Autohémothérapie. Le bubon est en voie de ramollissement.

20 décembre. — Autohémothérapie.

22 décembre. — Les douleurs ont disparu. La tuméfaction est effacée, la rougeur a disparu; seul un point présente de la fluctuation.

26 décembre. — La fluctuation a cessé. On perçoit quelques petits ganglions durs. Autohémothérapie: 10 cc.

OBSERVATION V

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

K... Grégoire, 35 ans, salle Saint-Camille.

15 janvier 1925. — Chancere simple du frein. Bubon droit datant de quatre jours, volumineux, douloureux, empâté; pas de fluctuation.

16 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc.

17 janvier. — Le bubon est devenu indolore deux heures après l'injection; il ne subsiste de la douleur qu'à la palpation.

19 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc.

21 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc.

25 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc. L'amélioration continue.

27 janvier. — Autohémothérapie.

30 janvier. — Le bubon est complètement guéri.

OBSERVATION VI

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

M... Angelo, 34 ans.

Juin 1924. — Chancere simple du sillon. Bubons bilatéraux, rouges, douloureux, avec périadénite. Pas de fluctuation.

Après huit injections, faites chacune à deux jours d'intervalle, les deux bubons étaient complètement guéris.

OBSERVATION VII

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

R... S..., homme de 30 ans, salle Saint-Camille.

31 décembre 1924. — Chancres simples du sillon. Bubon gauche inflammatoire, douloureux, fluctuant au centre. Autohémothérapie : 5 cc.

3 janvier 1925. — Cessation de la douleur deux heures après l'injection. Autohémothérapie : 5 cc.

6 janvier. — La fluctuation a augmenté, il y a formation d'une véritable poche purulente. Autohémothérapie : 10 cc.

9 janvier. — Diminution de la périadénite. Fluctuation toujours nette.

12 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc. On ne constate presque plus de signes de ramollissement.

15 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc. Il ne subsiste qu'un petit nodule ganglionnaire.

OBSERVATION VIII

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

K... Elisa, 23 ans. Salle Sainte-Marguerite.

4 août 1924. — Chancre simple d'un caroncule myrtiliforme, datant de quelques jours. Bubon gauche douloureux, rouge, fluctuant. Autohémothérapie : 10 cc.

6 août. — La malade, qui n'avait pas dormi depuis plusieurs nuits, a cessé de souffrir un quart d'heure après la première injection. Autohémothérapie : 10 cc.

10 août. — Autohémothérapie : 10 cc. Le bubon n'est plus douloureux. La rougeur a disparu. Encore un peu de fluctuation.

12 août. — Autohémothérapie : 10 cc. La fluctuation a disparu. Il ne subsiste plus qu'un petit nodule ganglionnaire dur et indolore.

16 août. — La malade quitte le service entièrement guérie.

OBSERVATION IX

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

G..., homme, 25 ans.

23 juillet 1924. — Chancres simples du sillon. Bubon inguinal gauche très douloureux.

Malgré 6 injections de sang qui n'ont fait que calmer les douleurs, le ramollissement est survenu, l'ouverture au dehors s'est produite et le bubon s'est chancrellisé.

OBSERVATION X

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

B... Antoine, 25 ans.

5 août 1924. — Chancres simples du sillon en voie de guérison. Perforation du frein. Bubon inguinal gauche, rouge, un peu douloureux, très fluctuant; il semble même que l'ouverture à la peau soit imminente.

Malgré une injection de sang pratiquée quotidiennement pendant cinq jours, l'ouverture à la peau s'est produite le 11 août. A noter que l'autohémothérapie avait calmé les douleurs.

OBSERVATION XI

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

J... B..., homme, salle Saint-Camille.

17 février 1925. — Chancres simples du prépuce. Bubon de l'aîne gauche, fluctuant au centre, très douloureux. Autohémothérapie : 10 cc.

Une heure après l'injection, le malade déclare que les douleurs spontanées ont considérablement diminué : la marche est facile et la palpation du bubon n'est plus douloureuse.

18 février. — Aucune modification appréciable dans l'état du bubon.

19 février. — Autohémothérapie : 10 cc.

21 février. — Autohémothérapie : 10 cc.

23 février. — Autohémothérapie : 10 cc.

24 février. — Le bubon s'est ouvert spontanément.

OBSERVATION XII

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

L... Maurice, 24 ans.

11 janvier 1924. — Chancres simples du sillon, datant de quatre jours.

14 janvier. — Adénite gauche douloureuse.

18 janvier. — Revient avec un bubon rouge, violacé, gênant

la marche, très douloureux. Pas de fluctuation. Autohémothérapie : 10 cc.

22 janvier. — Le soir de l'injection de sang, la douleur avait presque disparue. Actuellement, les phénomènes inflammatoires ont diminué. Autohémothérapie : 10 cc.

26 janvier. — Le bubon semble se résorber. Autohémothérapie : 10 cc.

30 janvier. — Guérison.

OBSERVATION XIII

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

P... Louis, 20 ans.

29 août 1924. — Bubon inguinal gauche, rouge, fluctuant datent de sept à huit jours (chancres du sillon à peu près guéris). Autohémothérapie : 10 cc.

1^{er} septembre. — La douleur a rapidement diminué depuis l'injection; elle est pour ainsi dire nulle actuellement. La fluctuation est toujours nette, peut-être plus marquée. Autohémothérapie : 10 cc.

3 septembre. — Autohémothérapie : 10 cc. L'amélioration continue.

5 septembre. — Autohémothérapie : 10 cc. Le bubon est moitié moins gros qu'au début.

8 septembre. — Autohémothérapie : 10 cc.

15 septembre. — Il ne subsiste plus qu'un petit ganglion dur.

OBSERVATION XIV

(Clinique de l'Antiquaille: MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE.)

L... S..., 20 ans. Salle Saint-Camille.

8 janvier 1925. — Chancre simple du fourreau, suivi huit jours après de l'apparition d'un bubon dans l'aîne droite. Bubon rouge, très douloureux, même au repos.

9 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc. Une heure après l'injection, les douleurs avaient complètement disparu.

10 janvier. — Les douleurs ont réapparu dans la nuit, mais

beaucoup moins marquées que la veille. Etat du bubon stationnaire. Autohémothérapie : 10 cc.

12 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc.

13 janvier. — On constate de la fluctuation.

14 janvier. — Le malade se plaint de douleurs nocturnes tenaces. Autohémothérapie : 10 cc.

15 janvier. — Les douleurs ont de nouveau disparu, mais pas d'amélioration dans l'état du bubon.

16 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc.

17 janvier. — Le bubon est toujours fluctuant, non douloureux.

20 janvier. — Autohémothérapie : 10 cc. Le bubon semble avoir diminué de volume.

23 janvier. — Diminution nette du bubon.

26 janvier. — Le bubon a considérablement diminué; il n'est plus douloureux. On constate au centre un point fluctuant. Autohémothérapie : 10 cc.

28 janvier. — Plus de fluctuation.

OBSERVATION XV

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

Ch... Emile, 22 ans, garçon livreur.

26 juin 1923. — Chancres simples du sillon balano-préputial, actuellement en voie de cicatrisation. Bubon droit de la grosseur d'un œuf de poule et dont le début remonterait déjà à trois semaines; sa consistance est uniformément dure, il n'y a pas de fluctuation perceptible. Douleur locale assez vive et gêne de la marche.

A gauche, adénopathie à caractères syphiloïdes (deux réactions de Wassermann sont négatives ultérieurement).

29 juin. — Petite zone de fluctuation perceptible. Injection de sang : 10 cc.

1^{er} juillet. — Atténuation de la douleur dans les 24 heures qui ont suivi la première injection. Pas de modification locale appréciable. Autohémothérapie : 10 cc.

3 juillet. — Le malade souffre de moins en moins et son bubon commence à diminuer. Troisième injection : 10 cc.

5 juillet. — Disparition complète de la douleur; la marche n'est plus gênée. Le bubon est en pleine résorption : il a nettement diminué, la peau sus-jacente n'est plus rouge ni la palpation douloureuse. La petite zone de fluctuation signalée plus haut persiste encore. Autohémothérapie : 10 cc.

6 juillet. — L'amélioration se poursuit. Cinquième injection : 10 cc.

8 juillet. — Actuellement, toute inflammation a disparu à droite, où l'on ne perçoit plus que des ganglions durs, non douloureux. Sixième injection de sang.

10 juillet. — Persistance de la guérison. A gauche, l'adénopathie conserve ses caractères. Septième et dernière injection.

16 juillet. — Le malade est revu : il va tout à fait bien.

OBSERVATION XVI

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

Le B... Pierre, 31 ans, pêcheur.

29 novembre 1923. — Ulcération profonde, à caractères phagédéniques, siégeant au niveau de la face postérieure du gland (le frein de la verge a complètement disparu) et du sillon balano-préputial. Œdème inflammatoire assez considérable du prépuce.

Bubon gauche volumineux : on perçoit une masse dure, ovoïde, très sensible à la palpation, adhérente à la peau qui est rouge et chaude. Point fluctuant net en haut et en dehors. On sent, dans la profondeur, les ganglions iliaques augmentés de volume. A droite, petits ganglions durs et mobiles. Première injection de 10 cc. d'auto-sang.

1^{er} décembre. — Pas de modifications. Deuxième injection.

3 décembre. — Amélioration locale très notable : le bubon a diminué de volume, la fluctuation a disparu et la rougeur de la peau rétrocede. La palpation n'est plus douloureuse. Autohémothérapie : 10 cc.

5 décembre. — Quatrième injection. L'amélioration se poursuit.

7 décembre. — Cinquième injection.

9 décembre. — Sixième injection. Le bubon est guéri. Actuellement, disparition de tous les phénomènes inflammatoires; il persiste seulement, au niveau du pli inguinal gauche, de petits ganglions indolores qui diminuent progressivement de volume.

Entre temps, le sujet a présenté des accidents secondaires (roséole, angine, céphalées surtout nocturnes); Wassermann très positif. Il a été mis aussitôt, parallèlement à l'autohémothérapie, au traitement spécifique.

OBSERVATION XVII

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

M... Auguste, 34 ans, mécanicien.

28 septembre 1923. — Chancre du prépuce. Gros bubon droit déjà fluctuant; douleur à la pression et rougeur de la peau.

Le malade est mis à l'autohémothérapie. Cinq injections de sang (10 cc. tous les deux jours) sont pratiquées sans amener aucun effet favorable. L'adénite poursuit son évolution; fluctuation, douleur et rougeur de la peau augmentent. Les phénomènes inflammatoires s'étendent vers la périphérie et deviennent bientôt tels qu'on doit recourir à l'incision. Celle-ci est pratiquée le 6 octobre et donne issue à une cuillerée à soupe environ d'un pus jaunâtre, mal lié, non odorant.

L'autohémothérapie n'est pas poursuivie.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

V... Ange, 17 ans 1/2, marin.

31 décembre 1924. — Chancre simple presque cicatrisé du sillon balano-préputial. Bubon droit volumineux, très douloureux, avec un point central fluctuant; périadénite considérable. La peau est rouge, chaude, très amincie; le bubon paraît en imminence d'ouverture. Pas de ganglions iliaques perceptibles. A gauche, un petit ganglion, dur, mobile, sensible à la pression.

Première injection de 10 cc. de sang; et prélèvement, pour recherche du bacille de Ducrey, d'une goutte de pus du bubon.

2 janvier. — Le bubon a notablement diminué; il est aujourd'hui beaucoup moins saillant; la fluctuation persiste, mais sans tension, et la périadénite commence à se résorber. Autohémothérapie : 10 cc.

4 janvier. — L'amélioration se poursuit; le bubon est presque à plat. Réponse du laboratoire : il n'a pas été vu de bacilles de Ducrey dans le pus envoyé (Médecin-Major Péju). Troisième injection de sang.

6 janvier. — Quatrième injection. Le bubon est à plat. On ne constate plus aujourd'hui qu'un petit point fluctuant, non saillant, entouré d'une gangue de périadénite très diminuée.

8 janvier. — Cinquième injection.

10 janvier. — Le malade est guéri. Point fluctuant et périadénite sont aujourd'hui entièrement résorbés. Les tissus ont à peu près retrouvé leur souplesse normale; il ne persiste plus qu'un peu de rougeur et de desquamation locale.

18 janvier. — Le malade est revu en parfait état.

OBSERVATION XIX

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

L... Paul, 24 ans, électricien.

Chancre mou du frein. Bubon gauche de la grosseur d'un œuf de pigeon, mobile, peu sensible à la palpation, mais déjà ramolli en son centre. Périadénite assez discrète. Rougeur et hyperthermie de la peau.

Le malade est mis à l'autohémothérapie (10 cc. tous les deux jours).

5 septembre 1924. — Première injection.

7 septembre. — La douleur locale a complètement disparu dès la première injection. On note une diminution appréciable du volume du bubon, aujourd'hui moins saillant et moins dur à la palpation. Autohémothérapie : 10 cc.

9 septembre. — L'amélioration continue; l'adénite s'est résorbée de près de moitié. Troisième injection.

11 septembre. — Douleur locale réapparue. Le bubon semble avoir légèrement augmenté; la fluctuation s'est accrue. Quatrième injection.

13 septembre. — L'injection précédente a été suivie de courbature, malaise général et réaction thermique à 38° le soir même. Aujourd'hui, bubon entièrement fluctuant; la rougeur de la peau s'est étendue. Cinquième injection.

15 septembre. — De nouveau, la douleur locale a disparu, mais la fluctuation est de plus en plus marquée. Il semble n'y avoir aucune tendance à la résorption, mais aucune tendance non plus à l'ouverture. Le chancre est guéri. Autohémothérapie : 10 cc.

17 septembre. — Collection saillante, bombant sous la peau amincie, mais sans tension, indolente au palper. Septième injection.

19 septembre. — Etat stationnaire. Huitième injection.

22 septembre. — Aujourd'hui, on constate que le bubon a diminué de façon appréciable; la collection paraît en voie de résorption. Autohémothérapie : 10 cc.

25 septembre. — En l'espace de trois jours, résorption presque complète; le bubon s'est affaissé; il subsiste encore un peu de fluctuation. Dixième injection.

28 septembre. — Le malade est guéri. Bubon à plat, fluctuation disparue. On ne note plus qu'une légère pigmentation de la peau sus-jacente. Le malade quitte l'hôpital.

3 octobre. — Le malade est revu en excellent état. Il a repris son travail sans gêne aucune.

OBSERVATION XX

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

B... François, 27 ans, employé aux P. T. T.

21 décembre 1924. — Chancre cicatrisé du frein de la verge. Bubon gauche apparu il y a huit jours au dire du malade. Ce bubon, de la grosseur d'un œuf de poule, est presque entièrement ramolli et fluctuant aujourd'hui, avec gangue épaisse de périadénite. Douleur vive à la pression

ou lorsque le malade marche. Rougeur et hyperthermie de la peau.

Prélèvement par ponction d'une goutte de pus du bubon pour recherche du bacille de Ducrey.

Autohémothérapie : 10 cc.

23 décembre. — Réponse du laboratoire : pus inflammatoire aigu et présence de bacilles de Ducrey (Médecin-major Péju). Le bubon paraît avoir légèrement diminué : il n'est plus douloureux du tout. Deuxième injection.

25 décembre. — Troisième injection. Amélioration nette ; la tuméfaction s'efface progressivement. La périadénite surtout a beaucoup diminué.

27 décembre. — L'amélioration se poursuit, assez lente, mais régulière et le bubon paraît en voie de guérison. Quatrième injection.

29 décembre. — Autohémothérapie : 10 cc. A noter que le bubon présente un tout petit point d'extension inflammatoire dans sa partie inféro-externe. Par ailleurs, il continue à régresser, et s'il est encore très fluctuant, sa masse est souple, sans tension ni douleur à la pression. La périadénite a presque entièrement fondu.

2 janvier. — Septième injection. Disparition complète de la petite zone d'extension sus-mentionnée. Etat stationnaire.

4 janvier. — La résorption s'est accentuée. Huitième injection de 10 cc. de sang.

6 janvier. — Neuvième injection.

8 janvier. — La résorption se poursuit, quoique très lentement. Le malade a commencé à se lever, il marche sans la moindre gêne et ne souffre pas. On décide de pousser le nombre des injections aussi longtemps qu'il faudra. Dixième injection.

10 janvier. — Bubon complètement à plat, mais persistance néanmoins d'une petite zone fluctuante, sans tension, indolente au palper. La périadénite a disparu. Autohémothérapie : 10 cc.

12 janvier. — Guérison complète. Une dernière injection est pratiquée.

20 janvier. — Le malade quitte l'hôpital, sa guérison est confirmée.

OBSERVATION XXI

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

Le B... Alexandre, 32 ans, chauffeur de la marine.

20 mai 1924. — Deux ulcérations à caractères chancrelleux, en voie de cicatrisation, du frein et du sillon balano-préputial. Bubon gauche du volume d'un citron, très sensible au toucher, de consistance dure à sa partie supéro-externe, déjà ramolli et fluctuant dans sa portion inféro-interne.

Pas de ganglions iliaques profonds. A droite, petits ganglions durs, mobiles, non inflammatoires.

21 mai. — Première injection de 10 cc. de sang.

23 mai. — Deuxième injection. La fluctuation s'est étendue; l'adénite est très douloureuse, spontanément et à la palpation, son volume paraît s'être accru.

25 mai. — Le bubon continue à grossir, la douleur à augmenter, la fluctuation à s'étendre. La peau sus-jacente est très rouge et s'amincit. Autohémathérapie: 10 cc.

27 mai. — Accentuation de tous les phénomènes inflammatoires. Cinquième injection.

30 mai. — Le bubon a doublé de volume depuis le début du traitement; il est actuellement extrêmement douloureux, entièrement fluctuant et en imminence d'ouverture à la peau. On se décide à l'inciser largement: il s'en écoule 20 cc. environ d'un pus verdâtre, peu épais, grumeleux.

L'autohémothérapie est cessée.

OBSERVATION XXII

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

P... Fernand, 23 ans, mécanicien.

20 juin 1924. — Trois chancres simples (frein de la verge, prépuce) non encore cicatrisés. Bubon droit de la grosseur d'un œuf de poule: masse dure, mobilisable sur les plans sous-jacents, circonscrite par une gangue épaisse de périadénite et douloureuse à la palpation. La peau est rouge,

chaude et sensible. Un point fluctuant bien perceptible. Rien à gauche.

Autohémothérapie : 10 cc.

22 juin. — Deuxième injection. Rougeur et fluctuation augmentent. Douleur locale moindre.

24 juin. — Douleur locale entièrement disparue. On constate une diminution notable du volume du bubon ; celui-ci est toujours fluctuant. Troisième injection.

26 juin. — Autohémothérapie : 10 cc. Ce matin, amélioration considérable. Si la gangue de périadénite persiste toujours, par contre le point fluctuant n'est presque plus perceptible, la tuméfaction s'est presque complètement affaissée, la peau est moins rouge, la palpation ne provoque plus aucune douleur. On a l'impression que le pus est en pleine voie de résorption.

28 juin. — Le mieux s'accroît. Cinquième injection.

30 juin. — Sixième injection.

2 juillet. — Septième injection. Le malade, depuis deux jours, se lève et marche sans difficulté ; la résorption est presque achevée.

5 juillet. — Il ne subsiste plus aujourd'hui que quelques vestiges de périadénite et un très léger degré de rougeur de la peau. En somme, guérison complète. On cesse le traitement.

10 juillet. — Le malade est revu en parfait état. Toute hyperémie cutanée a disparu et le petit noyau de périadénite achève sa résorption.

OBSERVATION XXIII

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

T., Alcide, 32 ans, mécanicien.

8 mars 1925. — Chancre simple du fourreau, non encore cicatrisé. Adénite inguinale bilatérale, les deux bubons étant apparus presque simultanément une dizaine de jours auparavant.

A l'entrée du malade, on constate :

A droite, une masse inflammatoire du volume d'une grosse

noix, mobile, douloureuse, très nettement fluctuante ; les téguments sont rouges et amincis.

A gauche, adénopathie de volume moindre, aux limites indécises, mobile, sensible au toucher ; la peau est légèrement hyperémiee ; il n'y a pas de fluctuation.

Autohémothérapie : 10 cc.

10 mars. — Deuxième injection. Aucune modification jusqu'à présent.

12 mars. — Troisième injection. Amélioration appréciable, tant à gauche (bubon moins sensible, diminué de volume) qu'à droite, où il semble que le pus collecté tende à se résorber.

14 mars. — L'amélioration s'accroît. A gauche, l'empatement a partiellement fondu et n'est plus douloureux. A droite, on perçoit encore de la fluctuation, mais la douleur a disparu, la peau a repris un aspect normal et le pus semble continuer sa résorption. Quatrième injection.

16 mars. — Cinquième injection de sang.

18 mars. — Sixième injection.

20 mars. — A gauche, la guérison peut être considérée comme obtenue. A droite, on perçoit encore un petit point fluctuant très réduit. Autohémothérapie : 10 cc.

22 mars. — Huitième injection.

24 mars. — Neuvième injection.

26 mars. — Le malade se lève et marche sans gêne aucune. Le point fluctuant persiste encore, mais il est presque résorbé. Dixième injection.

28 mars. — Onzième injection.

31 mars. — Guérison complète. A gauche, tout a depuis longtemps disparu. A droite, il ne subsiste plus à l'heure actuelle qu'un peu de périadénite. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXIV

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

M... Antoine, 21 ans, cimentier.

21 mars 1924. — Chancres du gland et de la face interne du prépuce. A l'entrée, œdème préputial et phimosis à orifice

serré par où s'écoule du pus : on ne peut se rendre compte de l'état des chancres.

Volumineux bubon droit très douloureux et très fluctuant. Première injection de 10 cc. de sang.

23 mars. — Aucun changement. Deuxième injection.

25 mars. — La douleur locale ne s'est pas atténuée ; le bubon est aujourd'hui entièrement ramolli et fluctuant, la peau rouge et très chaude. On a l'impression que l'incision ne pourra pas être évitée, mais on décide néanmoins de poursuivre les injections. Autohémothérapie : 10 cc.

27 mars. — Etat stationnaire : le bubon présente l'aspect d'un abcès bien collecté, mûr pour le bistouri, mais il n'y a pour l'instant aucune menace d'ouverture spontanée à la peau. Quatrième injection.

29 mars. — Cinquième injection. Aujourd'hui, on constate une diminution notable du volume du bubon, qui est moins saillant, moins tendu, un peu moins douloureux.

31 mars. — L'abcès semble se résorber ; la rougeur de la peau a beaucoup diminué. Sixième injection.

2 avril. — Septième injection.

4 avril. — Etat de nouveau stationnaire depuis quatre jours. Le bubon est toujours très fluctuant, la périadénite ne se modifie pas. Autohémothérapie : 10 cc.

6 avril. — Neuvième injection.

8 avril. — Accentuation des phénomènes inflammatoires ; la douleur locale est redevenue très vive, la peau rouge et amincie ; la fluctuation s'est accrue. Malgré l'échec du traitement, on décide de pratiquer encore quelques injections. Autohémothérapie : 10 cc.

10 avril. — Onzième injection. Pas de changement.

12 avril. — Douzième injection. Le bubon, qui recommence à augmenter de volume, est extrêmement fluctuant et très douloureux ; il est largement incisé et donne issue à 20 cc. environ d'un pus jaunâtre, inodore.

L'autohémothérapie est cessée.

OBSERVATION XXV

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

B.. Rodriguez, 32 ans, maçon.

7 mars 1924. — Chancre simple du méat, à peu près cicatrisé. Adénite inguinale gauche du volume d'un petit œuf de poule ; on constate une tuméfaction ovalaire, mobile sur les plans sous-jacents, douloureuse au toucher ; la peau est rouge et hyperémisée. Il n'y a pas encore de fluctuation nette, mais le bubon paraît en imminence de suppuration.

Première injection de 10 cc. d'auto-sang.

8 mars. — Deuxième injection.

10 mars. — La tuméfaction a diminué et l'inflammation paraît moindre : la douleur notamment a presque disparu. Autohémothérapie : 10 cc.

12 mars. — Quatrième injection. L'amélioration se poursuit.

14 mars. — Cinquième injection. Disparition de tous les phénomènes inflammatoires et résorption de la périadénite. On ne perçoit plus à l'heure actuelle qu'une petite masse ganglionnaire ovoïde, mobile, insensible au toucher. Le malade affirme qu'il est guéri et veut sortir.

16 mars. — La résorption est presque achevée ; il ne subsiste plus qu'un petit ganglion sans périadénite. Le malade se lève et marche sans difficulté. Automothérapie : 10 cc.

18 mars. — Septième et dernière injection. Le malade guéri quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXVI

(Personnelle; recueillie à l'Hôpital civil français de Casablanca.)

V... Pierre, 38 ans, chauffeur d'automobile.

30 octobre 1924. — Chancre simple de la face interne du prépuce. Bubon droit dont l'apparition remonte déjà à plusieurs semaines et qui a été traité, avant l'entrée du malade à l'hôpital, par le repos au lit, la glace et la pommade mercurielle belladonnée. L'adénite aurait été plus considérable,

au dire du malade, qu'elle ne l'est actuellement et aurait notablement bénéficié du traitement ci-dessus.

Aujourd'hui : bubon droit modérément inflammatoire ; on sent un ganglion mobile, du volume d'un œuf de pigeon, entouré d'une gangue assez mince de périadénite. Pas de douleur à la palpation ; rougeur légère de la peau. Le malade est mis à l'autohémothérapie : il a déjà reçu, avant son entrée, une première injection de 10 cc.

2 novembre. — Deuxième injection.

4 novembre. — Troisième injection.

6 novembre. — Quatrième injection.

8 novembre. — Le bubon, qui n'a cessé de s'améliorer, est aujourd'hui presque disparu. Il persiste seulement un petit ganglion dur, non inflammatoire et non douloureux. Cinquième injection.

27 novembre. — Le malade est revu en excellent état, complètement guéri.

OBSERVATION XXVII

(Communiquée par M. le Docteur LÉPINAY.)

A... Joseph, 22 ans.

26 janvier 1925. — Coût il y a quarante-cinq jours environ. Trois jours après, apparition d'un bouton dont il reste seulement aujourd'hui la cicatrice. Le bouton aurait disparu il y a quelques jours.

Actuellement et depuis six jours, grosse adénopathie inguinale gauche avec périadénite. Autohémothérapie : 10 cc. De plus, traitement local (vessie de glace en permanence).

28 janvier. — Pas de changement. Deuxième injection.

30 janvier. — Troisième injection.

2 février. — Diminution de la périadénite et disparition de la douleur à la marche. Quatrième injection.

4 février. — Cinquième injection.

6 février. — Il ne reste plus qu'une petite masse indurée de la grosseur d'une noix. Sixième injection.

9 février. — La masse n'est plus que du volume d'une noisette ; elle est souple. Un B W et un Hecht sont négatifs. Septième injection.

11 février. — Il ne persiste plus qu'une légère induration de la peau. Le malade peut être considéré comme guéri.

20 mars. — Le malade revu va très bien. Guérison parfaite et maintenue.

OBSERVATION XXVIII

(Communiquée par M. le Médecin-Major VENDEUVRE.)

Le tirailleur Abd-el-Kader est entré à l'infirmierie-ambulance de Kasbah-Tadla le 20 janvier 1925, avec le diagnostic suivant : Bubon chancrèloux à droite. Il présente, en effet, un assez volumineux bubon dans la région inguinale droite, douloureux, déjà rouge et œdémateux qui, le 23 janvier, ainsi que le montre la feuille de température, paraît vouloir s'abcéder. Au niveau du sillon balano-préputial du côté droit on note deux petits chancres mous en voie de cicatrisation. La recherche du bacille de Ducrey, au niveau de ces deux ulcérations, est positive. Le malade n'a subi, jusqu'à ce jour, aucun traitement.

Dès le diagnostic bactériologique établi, nous soumettons le malade à l'autohémothérapie. Tous les quatre jours une injection de 10 cc. de sang est faite. Six injections ont suffi, à l'exclusion de tout autre traitement, pour amener la guérison du bubon : celle-ci est complète au bout de vingt-cinq jours, et le malade est fait sortant le 14 février 1925.

OBSERVATION XXIX

(Communiquée par M. le Médecin-Major BERTHOD.)

G... Marius entre à l'ambulance de Tadla le 23 décembre 1924, présentant au niveau de l'aîne droite une tuméfaction du volume d'un œuf de poule : tuméfaction elliptique, parallèle au pli de l'aîne, très douloureuse au toucher et qui a débuté, au dire du sujet, huit jours auparavant.

Le malade a contracté, un mois avant, un chancre simple, balano-préputial, qui a évolué pendant trois semaines et qui, à l'heure actuelle, est complètement cicatrisé.

L'adénite, d'abord silencieuse et mono-ganglionnaire, s'est compliquée de périadénite : il s'agit d'un bubon tardif post-

chancernelleux. La tumeur est adhérente, non mobilisable, rouge, œdémateuse et d'ailleurs difficile à palper par suite des vives douleurs provoquées. Elle gêne considérablement la marche et semble devoir aboutir à la fluctuation et à la suppuration spontanée.

Le jour même de son entrée, le sujet reçoit 10 cc. de sang veineux.

24 décembre. — Dès le lendemain soir, le palper est possible ; réaction douloureuse atténuée ; on délimite assez nettement les contours de la tuméfaction, laquelle semble être restée stationnaire.

25 décembre. — Deuxième injection. Amélioration très nette de l'état inflammatoire. On commence à percevoir sur le plan sous-jacent un volumineux ganglion peu douloureux ; l'empâtement local a considérablement régressé.

26 décembre. — Troisième injection. La tuméfaction a disparu. Il reste le ganglion dur, mobile, très réduit et indolore. Le malade sort guéri le 31 décembre.

OBSERVATION XXX

(Thèse de FALCOZ ; résumée.)

J... Henri, 25 ans, manœuvre.

Chancre cicatrisé de la base du frein. Très gros bubon droit avec réaction locale et empâtement marqué de la région. Pas de fluctuation perceptible. Le malade reçoit huit injections de sang : la première de 2 cc., la deuxième de 5 cc., les suivantes de 10 cc., toutes très bien supportées.

Amélioration manifeste dès la troisième piqûre, surtout en ce qui concerne la douleur. Le bubon diminue progressivement de volume, la peau reprend son aspect normal.

Dix-neuf jours après le début du traitement, il ne persiste plus qu'un petit empâtement non douloureux, et un petit noyau ganglionnaire dur, roulant sous le doigt. Le malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION XXXI

(Thèse de FALCOZ ; résumée.)

G... François, 26 ans, menuisier.

Deux chancres mixtes du gland (constatations bactériologiques positives). Dans l'aîne gauche, bubon très douloureux du volume d'une grosse noix. Dix injections de sang sont pratiquées (2 cc. pour la première ; 5 cc. pour la seconde ; 10 cc. pour la troisième et les suivantes), espacées de deux ou trois jours. La température oscille autour de 38°-38°5 dans les premiers jours du traitement, mais il n'y a aucune réaction fébrile après les injections.

Dès la cinquième injection on note une amélioration remarquable de l'état local. Le bubon est beaucoup moins gros, beaucoup moins douloureux, la région moins empâtée. La température tombe à 37°.

Au moment de la dixième injection, le bubon, tout à fait indolore, a le volume d'un noyau de cerise ; il est dur et roule sous le doigt. La peau a repris son aspect normal. Le malade, qui a parallèlement suivi un traitement spécifique, sort de l'hôpital.

OBSERVATION XXXII

(Thèse de FALCOZ ; résumée.)

S... Pierré, 25 ans, palefrenier.

Chancre simple. Gros bubon de 7 cm. sur 5 cm. 5, apparu treize jours auparavant et incisé en ville par un médecin six jours avant l'entrée du malade. Ce bubon présente en son milieu une incision de 2 cm. presque entièrement refermée ; de ce pertuis sourd un pus épais, peu abondant. Périadénite douloureuse ; aspect enflammé de la peau adjacente.

Bien que le bubon soit ouvert, le traitement est institué pour tenter de tarir la suppuration et d'atténuer la douleur. Après trois injections (2 cc., 5 cc., puis régulièrement 10 cc. tous les deux jours), aucune amélioration sensible ; le bubon est aussi gros, aussi douloureux et suppure toujours. Après

la quatrième, la suppuration régresse et la douleur est moins vive ; aspect local sans modification.

A la cinquième injection, le malade souffre beaucoup moins et demande à sortir. A la neuvième, la suppuration est complètement tarie, la plaie refermée, le bubon de la dimension d'un noyau d'amande, peu douloureux à la palpation.

OBSERVATION XXXIII

(Thèse de FALCOZ ; résumée.)

R... Edmond, 53 ans, journalier.

Double ulcération chancrelleuse (sillon balano-préputial, fourreau de la verge). Bubon inguinal très gros, 7×3 cm., peu mobile ; les téguments présentent à ce niveau un aspect luisant et rouge et une légère fluctuation. Auto-inoculation positive.

Le malade est soumis à l'autohémothérapie et reçoit une injection tous les deux jours. Amélioration très rapide dès la deuxième piqure : le malade se sent mieux, le bien-être se produit, l'état local redevient progressivement normal.

A la sixième injection, le bubon a presque entièrement disparu et le malade sort de l'hôpital (chancres non cicatrisés).

OBSERVATION XXXIV

(Thèse de FALCOZ ; résumée.)

T... Albert, ajusteur-mécanicien.

Chancre mixte et bubon inguinal suppuré récent, ouvert, traité localement et cicatrisé à l'entrée du malade. Au-dessus de cette cicatrice, on constate une tuméfaction douloureuse de l'aîne, gros bubon de forme allongée, de dimensions approximatives 8×3 cm. ; il est rouge, douloureux, recouvert d'une peau tendue et amincie, prêt à s'ouvrir naturellement.

Le malade est légèrement amélioré après deux injections (2 cc. et 5 cc.) ; à la cinquième, le malade, dont la tuméfac-

tion a beaucoup diminué et qui souffre beaucoup moins, sort de l'hôpital, mais il rentre quelques jours après, car le bubon a progressé et se trouve dans un état analogue à celui qu'il présentait à son entrée. On reprend le traitement (10 cc. tous les deux ou trois jours).

Le bubon régresse rapidement, plus vite que la première fois. Après un total de 9 injections (5 au premier séjour du malade, 4 au second) le sujet est entièrement guéri, et seule une palpation profonde permet de sentir un petit noyau inguinal.

OBSERVATION XXXV

(Thèse de FALCOZ ; résumée.)

G... Henri, 28 ans, employé d'octroi.

Chancre mou, balanite, bubon ; celui-ci datant de huit jours, siégeant à gauche, est de la grosseur d'un œuf de pigeon. Il est douloureux, tendu, sans fluctuation nette, mais les téguments sont rouges et chauds, la peau mince et tendue.

Le malade reçoit six injections de sang qui amènent une amélioration très légère, mais diminuent nettement le symptôme douleur.

(L'évolution ultérieure n'est pas mentionnée).

OBSERVATION XXXVI

(Thèse de FALCOZ ; résumée.)

A... Marcel, garçon de ferme.

Trois chancres simples (fourreau, frein, sillon balano-préputial). Enorme bubon remontant à une dizaine de jours, de la grosseur d'un œuf de poule ; tuméfaction horriblement douloureuse, avec empâtement de toute la région inguinale empêchant la station debout ; fluctuation nette, phénomènes généraux (frissons, température à 38°).

Huit injections de sang sont pratiquées (2, 5, puis 10 c. régulièrement tous les deux jours). A la quatrième, on cons-

tate une amélioration marquée du symptôme douleur. Après la huitième, le bubon est incisé à l'insu du médecin-traitant ; il en sort un liquide louche, séreux, qui ressemble à du pus en voie de résorption. Le traitement est poursuivi.

(L'évolution ultérieure n'est pas mentionnée).

CHAPITRE VI

Commentaires des Observations

Avantages de la Méthode

Quelles conclusions tirer de l'ensemble des observations réunies dans le précédent chapitre ? Leur simple lecture nous paraît suffisamment éloquente et l'on reconnaîtra sans difficulté que le plus grand nombre d'entre elles (vingt-huit au moins sur un total de trente-six) représentent d'indiscutables succès de l'autohémothérapie. Celle-ci « jouit donc d'une efficacité thérapeutique certaine et remarquable dans le traitement des adénites inflammatoires, des bubons, satellites des chancres simples » (NICOLAS et J. LACASSAGNE) et les deux propositions que nous énoncions au début du chapitre IV : Le bubon non ouvert, à tous les stades de son évolution, est justiciable du traitement par les injections d'auto-sang; celui-ci mérite d'être institué de préférence à tout autre ; ne sont-elles pas amplement démontrées par les résultats cliniques que nous venons d'exposer ?

Un fait nous a paru digne de remarque : sur les trente-

six observations que nous avons ainsi recueillies, une seule d'entre elles (Obs. VIII) concerne une femme. Dans les trente-cinq autres cas, il s'agit de malades du sexe masculin, exerçant pour la plupart un métier pénible : manœuvre, mécanicien, maçon, garçon de ferme, etc. Ces constatations concordent avec la notion bien classique que l'homme, beaucoup plus que la femme, est sujet au bubon chancrelleux, et que la fatigue physique, la marche, les professions pénibles prédisposent à la fâcheuse adénite tout porteur de chancre simple.

Nous insisterons plus particulièrement sur le fait suivant : parmi ces observations, rares sont les cas où l'on a eu affaire à des bubons au début, période à laquelle il arrive assez fréquemment, on l'a vu, que l'adénite tourne court et se résorbe spontanément, même en l'absence de tout traitement. La grande majorité d'entre elles, au contraire, concernent des sujets qui au moment où les injections de sang furent commencées présentaient des bubons déjà ramollis, fluctuants, très inflammatoires, en pleine période de suppuration, c'est-à-dire à un stade de leur évolution auquel cette guérison spontanée ne pouvait plus être escomptée. Abandonnés à leur sort, ces bubons se seraient inévitablement ouverts à la peau. L'influence favorable de l'autohémothérapie, enrayant ainsi le processus naturel de la lésion, déterminant la sédation progressive des phénomènes inflammatoires, la résorption du pus et finalement la guérison complète de l'adénopathie, ne saurait donc être mise en doute.

Le nombre des injections nécessaires pour obtenir cet heureux résultat a varié suivant les malades. Tandis que chez certains d'entre eux, trois (Obs. XII et XIX) ou qua-

tre injections seulement (Obs. VIII) ont été suffisantes, on a dû, chez d'autres sujets, aller jusqu'au chiffre de onze (Obs. I et XXIII) et même douze piqûres (Obs. XX). La moyenne, pour les vingt-huit cas favorables que nous rapportons, a été de 6, 7 injections, soit — à raison d'une tous les deux jours — un traitement d'une durée moyenne de treize à quatorze jours pour l'ensemble de ces vingt-huit malades.

La durée du traitement dépend-elle de la période de son affection à laquelle le sujet se trouve soumis aux injections de sang ? L'étude de nos observations ne nous permet pas d'affirmer que, plus l'adénite est traitée précocement, plus elle est rapidement jugulée. Nous ne pouvons pas davantage dire que si la fluctuation est déjà étendue, les symptômes inflammatoires considérables, la guérison sera en général plus longue à obtenir. On constate souvent en effet que des bubons entièrement ramollis et fluctuants se résorbent très vite sous l'influence de l'autohémothérapie, alors que certains autres, non encore suppurés et d'allure moins inflammatoire, nécessitent pour arriver au même résultat un assez grand nombre d'injections, continuant même dans bien des cas à évoluer quelque temps vers la suppuration avant de commencer leur résorption. Et, s'il est préférable dans tous les cas d'instituer le traitement le plus tôt possible, on ne peut rigoureusement compter sur un effet thérapeutique d'autant plus prompt que ce traitement aura été plus précoce.

Il n'est aucun malade de nos observations sur lequel l'autohémothérapie ait paru exercer une action nettement défavorable: coup de fouet donné à la lésion, avec exacerbation des divers symptômes, évolution précipitée vers

la suppuration et l'ouverture spontanée. Il n'y a donc pas lieu pratiquement, ainsi que nous l'avons déjà signalé au chapitre IV, de redouter un effet opposé à celui qu'on recherché. La pire éventualité, c'est de voir le bubon continuer à évoluer comme s'il n'était soumis à aucune thérapeutique utile.

Nous n'avons pas eu personnellement l'occasion de traiter par l'auto-sang des bubons déjà ouverts et de vérifier les résultats mentionnés par FALCOZ dans l'Observation XXXII. Ayant mis à l'autohémothérapie un malade dont le bubon avait été incisé six jours avant son entrée à l'hôpital, FALCOZ put constater ce qui suit: Après trois injections, aucune amélioration sensible; bubon aussi gros, aussi douloureux, suppurant toujours; après la quatrième, la suppuration régresse, la douleur est moins vive, mais l'aspect local ne se modifie pas; après la neuvième injection, la suppuration est complètement tarie, la douleur presque disparue, la plaie refermée, le bubon n'ayant plus que les dimensions d'un noyau d'amande. On peut se demander si dans ce cas l'autohémothérapie a joué vraiment un rôle efficace, essentiel ou seulement adjuvant; ou si la lésion a évolué naturellement vers la guérison à la suite de l'incision pratiquée. Dans nos trois cas personnels (Obs. XVII, XXI et XXIV) où la méthode fut impuissante à guérir le bubon et dut céder la place au bistouri, nous n'avons pas cru devoir poursuivre les injections après l'incision, celles-ci n'ayant pu éviter l'intervention: peut-être la guérison des malades s'en fût-elle trouvée hâtée.

Revenant aux bubons non encore ouverts, comment se fait-il que dans un certain nombre de cas (Obs. IX, X, XI,

XVII, XXI, XXIV) l'autohémothérapie se montre dénuée de toute efficacité ? Dans leur récent article du *Journal de Médecine de Lyon*, MM. NICOLAS et Jean LACASSAGNE (1) ont abordé l'étude de cette délicate question et émis une hypothèse particulièrement intéressante: « Evidemment, disent ces auteurs, on pourrait se contenter de trouver une explication plausible dans l'interprétation suivante des faits. Il en est des bubons satellites des chancres simples comme de toutes les maladies: une thérapeutique bonne, excellente même, ne guérit pas tous les cas, et il faut se déclarer fort heureux lorsqu'un traitement accélère sans aucun doute la rapidité et élève d'une façon indiscutable le pourcentage des guérisons. » Mais, serrant le problème de plus près, MM. NICOLAS et LACASSAGNE cherchent une explication plus scientifique dans la conception que l'un d'eux (2) avait déjà présentée relativement à la pathogénie et à la nature de ces bubons. Il y aurait à distinguer, parmi ces derniers, deux variétés: d'une part, les « adénites inflammatoires banales, aiguës, subaiguës ou chroniques, causées par les microbes vulgaires de la suppuration, staphylocoques principalement, ayant pénétré jusqu'au ganglion grâce à l'effraction cutanée chancrelleuse comme ils auraient pu le faire à l'occasion d'une ulcération quelconque »; et, d'autre part, les adénites dues au microbe du chancre lui-même, le streptobacille de Ducrey, seul ou associé à des pyogènes

(1) NICOLAS et J. LACASSAGNE. — Traitement des bubons chancrelleux par l'autohémothérapie. — *Journal de Méd. de Lyon*, n° 129, 20 mai 1925, p. 287.

(2) J. NICOLAS. — Adénites du chancre simple: adénite purement inflammatoire, aiguë ou subaiguë, adénite inflammatoire chronique, adénite chancrelleuse; in *Traitement des maladies vénériennes*, Bibliothèque Gilbert et Carrot, p. 419. J.-B. Baillière, 1909.

banaux, ayant envahi les voies lymphatiques, les ganglions, et déterminé une adénite chancrelleuse véritable.

MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE trouvent une justification de cette conception dans le fait que, parmi les bubons ouverts (spontanément ou chirurgicalement) certains guérissent assez rapidement en quelques jours, comme un adénophlegmon banal, sans chancrellisation, tandis que d'autres présentent une évolution bien différente, s'aggravant, s'étendant en profondeur et en surface, l'orifice d'ouverture revêtant bientôt les caractères d'un chancre simple d'inoculation (même lorsque le chancre initial est déjà cicatrisé et qu'il ne peut plus, en conséquence, être question d'une infection secondaire externe). Dans le premier cas, les méthodes de traitement ordinaires de l'adénophlegmon banal suffisent ; dans le second, il est nécessaire de faire intervenir les traitements particuliers au chancre simple.

Si donc l'on admet ces deux variétés d'adénites : inflammatoires simples à microbes banaux ; chancrelleuses vraies, on pourrait supposer, avec MM. NICOLAS et J. LACASSAGNE, « que la différence d'action de l'autohémothérapie dans les divers cas d'adénite satellite des chancres simples tient précisément à la différence de nature bactériologique suivant les cas ». Seule, une expérimentation rigoureuse, avec contrôle bactériologique systématique (examen direct, culture et inoculation du pus des bubons) permettra de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Nous avons, dans nos observations, quelques cas de bubons consécutifs à des chancres mixtes. Il semble que, chez ces malades, l'évolution clinique des deux affections

en cause ait été parallèle, et nous n'avons pas remarqué que l'un des deux traitements simultanément suivis par le patient ait entravé ou favorisé l'action de l'autre.

Soulignons une fois encore la simplicité de la technique et l'innocuité absolue de l'autohémothérapie : ponction veineuse suivie d'une injection sous-cutanée ou intramusculaire ; petite intervention rapide et facile dans laquelle le sujet, si l'on veut bien nous permettre cette expression, fournit lui-même un médicament qui a l'avantage de ne lui rien coûter, et ne comportant pas d'autres risques que celui de rester sans effet, les chances de guérison demeurant de beaucoup les plus nombreuses.

Il est presque superflu de rappeler ici tous les avantages de la méthode sur le traitement chirurgical des bubons : pas d'incision ni de ponction évacuatrice du pus ; pas de manœuvres locales douloureuses ; pas de ces plaies susceptibles de se chancrelliser, de suppurer interminablement, nécessitant pansement sur pansement et une hospitalisation prolongée, et qui finalement guérissent en laissant des cicatrices dont le moins qu'on en puisse dire c'est qu'elles manquent d'esthétique.

Les avantages de l'autohémothérapie sur les différents traitements médicaux du bubon : vaccins, sérums, méthodes protéinothérapiques, sont également appréciables. Les vaccins et sérums antistreptobacillaires donnent, certes, de brillants résultats, plus rapides et plus constants que les injections d'auto-sang : nous avons exposé ces résultats dans notre chapitre premier. Mais l'injection sous-cutanée de vaccin, préconisée par ITO, est suivie d'une réaction locale violente, très pénible pour le malade. NICOLLE et DURAND, qui pour éviter ce sérieux incon-

vénient emploient la voie intra-veineuse, observent eux-mêmes une réaction générale constante, surtout thermique, indépendante, semble-t-il, de la dose inoculée, plus marquée pour la première injection et s'atténuant successivement avec les suivantes. Quant aux procédés de vaccinothérapie locale vantés par M. HABABOU-SALA, outre qu'ils nécessitent une ponction préalable avec aspiration du pus du bubon, ils nous paraissent devoir être accueillis avec certaines réserves et n'ont pas encore fourni toutes leurs preuves. Enfin, le sérum de REENSTIERNA, s'il est remarquablement efficace, détermine à la fois une réaction fébrile considérable, avec phénomènes généraux sérieux (frissons, dyspnée, tendances syncopales, etc...) et une réaction locale souvent violente.

Ces méthodes vaccino et sérothérapiques, malgré leur indéniable valeur, ne sont donc pas sinon sans danger du moins sans inconvénients appréciables. Elles ne sont pas toujours facilement acceptées par les malades. Peut-être, si l'on trouve un moyen de supprimer ou tout au moins d'atténuer les réactions qu'elles provoquent, représentent-elles le traitement d'avenir des bubons ; pour l'instant, elles sont loin d'être complètement au point. Il convient d'ajouter que sérums et vaccins antistreptobacillaires demeurent aujourd'hui encore des produits coûteux, difficiles à se procurer, et leur emploi ne pourra sans doute de sitôt se généraliser dans la thérapeutique du chancre simple et de ses complications.

Les diverses substances utilisées dans la méthode protéinothérapique proprement dite (le lait par exemple) comptent à leur actif des résultats encourageants. Mais le lait entraîne lui aussi des réactions cliniques plus ou

moins marquées, en tout cas constantes (douleur locale, élévation thermique atteignant 39° ou 40°, avec parfois courbature, céphalée, frisson, vomissements, etc...), phénomènes presque toujours bénins, mais qui néanmoins sont désagréablement ressentis par le malade. De plus, là encore il faut avoir le produit sous la main, ce qui est déjà moins facile que de prélever directement sur le sujet quelques centimètres cubes de son sang. Enfin, d'après les travaux parus sur la question, le lait, dans le traitement du bubon, paraît avoir une action inférieure à celle du sang, et la thèse de SAUVEZ, à côté de succès intéressants, rapporte un assez grand nombre d'échecs.

Comparée aux autres, l'autohémothérapie, par sa simplicité, son innocuité, son efficacité dans la grande majorité des cas, est assurément une méthode de choix dans le traitement de l'adénite consécutive au chancre mou.

CHAPITRE VII

Mode d'action de l'Autohémothérapie

Si depuis quelque douze années nous utilisons en thérapeutique les injections d'auto-sang et mettons à profit leur influence favorable sur un certain nombre d'affections, il nous faut bien reconnaître qu'aujourd'hui guère plus qu'aux premiers temps de la méthode nous ne sommes fixés sur son mode d'action, sur la nature exacte de son mécanisme. En dépit des multiples recherches qui ont été entreprises pour élucider la question, celle-ci demeure encore singulièrement obscure et complexe : « On ne peut l'aborder sans entrer dans le domaine des hypothèses ». Et d'ailleurs, en présence des résultats variés et souvent contradictoires donnés par l'autohémothérapie, n'est-il pas permis de penser que le mécanisme de son action n'est pas le même dans tous les cas ?

C'est, nous l'avons vu, de façon purement empirique que MM. SICARD et GUTMANN (1), en 1912, soumi-

(1) SICARD et GUTMANN, *loc. cit.*

injections de leur propre sang les épileptiques de leur service. Dès cette même année M. RAMOND (1), constatant les heureux effets de cette thérapeutique chez certains tuberculeux (diminution de la température, amélioration de l'état général), écrivait ceci : « Le fait peut d'ailleurs s'expliquer aisément : dans le sang complet injecté se trouvent des toxines et des antitoxines libres ou fixées sur les globules rouges et blancs. Ces substances sont résorbées par le tissu sous-cutané et ses nombreux leucocytes accourus. Les antitoxines aident à la défense organique ; quant aux toxines, elles jouent leur rôle habituel thérapeutique... Si même on réinjectait quelques bacilles en circulation, le mal ne serait pas très grand : car il vaut mieux un bacille immobilisé dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'un bacille errant au gré de ses fantaisies dans le torrent circulatoire. Et d'ailleurs, sa fixation rappelle dans ses grands traits le procédé conseillé par WRIGHT pour immuniser l'organisme contre une infection donnée. » RAMOND, pour expliquer l'action de l'autohémothérapie, émettait donc l'hypothèse d'une vaccination doublée d'une sérothérapie.

C'est aussi à l'hypothèse d'une vaccination, avec stimulation de toutes les réactions humorales défensives, que se rangeait M. RAVAUT (2) lorsqu'il s'exprimait ainsi en 1913 : « Dans la fibrine et les globules rouges peuvent se trouver des substances ou des corps microbiens dont la résorption par l'organisme provoque des réactions

(1) RAMOND, *loc. cit.*

(2) RAVAUT, *loc. cit.*

utiles... La résorption du sang injecté sous la peau oblige l'organisme à mettre en œuvre une plus grande quantité d'anticorps... » A la suite de ces deux auteurs, nombreux furent ceux qui tentèrent d'expliquer par un processus de vaccination le mode d'action de l'autohémothérapie : cette opinion est soutenue notamment dans la thèse de FAUVET (1).

Mais cette hypothèse, séduisante à la vérité, ne résiste pas à la critique ; elle s'est trouvée définitivement ruinée par les faits. Tout d'abord, si nous considérons par exemple les malades porteurs de furoncles ou d'anthrax, lésions éminemment justiciables de l'autohémothérapie, nous ne pouvons admettre un seul instant qu'il s'agisse là d'une véritable vaccination antistaphylococcique réalisée par le sang circulant. En effet, s'il en était ainsi, les malades auraient dû guérir spontanément de leur furonculose « et l'on ne saurait concevoir que le seul fait d'être prélevé, puis réinjecté, puisse conférer au sang de ces malades des propriétés vaccinales qu'il n'avaient pas antérieurement ». D'autre part, MM. NICOLAS, GATÉ et DUPASQUIER ont démontré que la furonculose pouvait être guérie, non seulement par les injections du propre sang des malades traités, mais aussi bien en utilisant le sang de sujets indemnes de toute atteinte furonculaire dans le présent et dans le passé (homo-hémothérapie), ou même en injectant du sang de cobaye ou de lapin (hétérohémothérapie). « Cet ensemble de faits élimine de la façon la plus formelle l'hypothèse de la vaccination et nous permet d'affirmer ce que l'autohémothérapie n'est pas ».

(1) FAUVET, *loc. cit.*

Mais alors que peut-elle être ? C'est ici que la tâche devient particulièrement difficile. Pour tenter d'arriver à une explication, il nous semble préférable de ne pas nous engager dans le domaine de la spéculation pure, mais de nous en tenir aux seuls faits. Or, l'étude des réactions cliniques et surtout celle des modifications vasculo-sanguines consécutives aux injections d'auto-sang ont montré que ces dernières provoquent, chez le sujet injecté, toute une série de phénomènes, atténués il est vrai, mais néanmoins comparables à ceux que déterminent les injections d'albumines étrangères (vaccins, sérums, cultures microbiennes, peptones, substances protéiques diverses), de métaux colloïdaux et de bien d'autres substances encore. Ces phénomènes, que nous énumérons plus loin, traduisent l'existence d'un « choc » plus ou moins marqué, dû à la brusque pénétration dans notre économie de ces substances étrangères à elle.

Tout d'abord, qu'entend-on au juste par ce mot de choc que nous venons d'écrire et qui depuis un certain nombre d'années est si fréquemment employé ? Nous devons avouer que nous n'en savons rien et qu'il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, d'en donner une définition exacte et suffisamment compréhensible. On a défini le choc : une altération de l'équilibre colloïdal de nos humeurs et de nos tissus, du sang et de nos protoplasmas. En réalité, « les chocs sont de ces choses dont on parle beaucoup sans savoir en quoi elles consistent » (A. DUFOURT) (1), et jusqu'à maintenant, ignorant la

(1) A. DUFOURT. — Quelques réflexions sur les phénomènes de choc. — *Lyon Médical*, n° du 17 février 1924, Tome cxxxiii, p. 197.

nature du phénomène, nous nous sommes bornés à constater son existence, à étudier ses effets et à utiliser ces derniers en thérapeutique. Un choc, quelle que soit la substance qui le produit, se manifeste par des réactions cliniques d'ailleurs variables — souvent absentes si le choc est léger — et par les signes d'une crise hémoclasique que par contre on retrouve toujours.

L'injection à un sujet de son propre sang détermine donc chez lui un choc atténué, et si ce dernier se traduit rarement par des réactions cliniques appréciables (poussée fébrile, dyspnée, malaise général, céphalée, etc...) les modifications vasculo-sanguines qui constituent la crise hémoclasique sont du moins constamment observées. Celle-ci se compose des manifestations suivantes: hypotension artérielle brusque avec vaso-constriction périphérique ; leucopénie avec inversion de la formule leucocytaire normale : troubles de la coagulation du sang (parfois hypocoagulabilité mais plus souvent hypercoagulabilité passagère) ; raréfaction des plaquettes sanguines ; aspect rutilant du sang veineux ; abaissement de l'index réfractométrique du sérum, etc..., etc... Les deux tests principaux de la crise hémoclasique, les seuls qu'on recherche habituellement, sont la leucopénie et l'hypotension. Ils sont, nous le répétons, constamment retrouvés à la suite des injections d'auto-sang. Plus rarement, on observe un syndrome inverse caractérisé par de l'hypertension et une leucocytose passagère.

Comment le propre sang d'un sujet, réinjecté à ce dernier aussitôt après son prélèvement et sans addition d'aucune autre substance, peut-il déterminer un choc ? Car en somme il s'agit là d'une albumine spécifique à l'orga-

nisme, faisant partie intégrante de sa constitution, et l'on peut se demander pourquoi, une fois réinjectée, elle se comporte comme une substance protéique étrangère. On a émis cette hypothèse que le simple fait de l'extravasation du sang et son contact avec les parois de la seringue durant le temps très court qui précède sa réinjection suffisait à le rendre hétérogène. « En considération du pouvoir thromboplastique élevé des parois de métal et de verre avec qui le sang entre en contact, il n'est que trop justifié, écrit P. MINO (1), de penser que des modifications coagulatives doivent se produire. On comprend alors aisément que l'introduction dans l'organisme de sang tellement modifié puisse déclencher les phénomènes de crise hémoclasique notés après l'injection intra-musculaire... Mais les substances qui donnent au sang les caractères typiques des protéines hétérogènes et qui déclenchent la crise hémoclasique n'existent point dans le sang circulant (à l'exclusion, bien entendu, des incompatibilités dues à la différence de groupe sanguin ou d'espèce). Elles se forment pendant le transport du sang d'un sujet à l'autre, ou pendant l'extériorisation du sang d'un même sujet... Ce n'est donc pas le sang tel quel qui entre en jeu dans l'hémothérapie, mais ce sont les altérations artificielles du sang ».

Rapprochons de cette opinion les expériences de MOUTIER et RACHET déterminant des crises colloïdoclasiques typiques par la simple application de ventouses sèches ; et les phénomènes bien connus de chocs consécutifs aux traumatismes avec écrasement des tissus et production

(1) P. MINO, *loc. cit.*

d'hématomes. Dans tous ces cas, le sang est extravasé : qu'il le soit directement sous la peau, dans les muscles, ou par l'intermédiaire d'une seringue avant sa réinjection au sujet, il est devenu suffisamment hétérogène pour que sa résorption par l'organisme provoque un choc.

Le mécanisme de la production des chocs est, certes, le côté le plus ardu du problème, et nous sommes là en présence de deux grandes théories qui chacune comptent des défenseurs acharnés et d'irréductibles ennemis. Les uns nous proposent une conception purement colloïdale, dans laquelle tout se ramène à de simples phénomènes physico-chimiques (théorie de la flocculation) ; les chocs dépendraient d'une modification de la dispersion physiologique des colloïdes du plasma, aboutissant à une flocculation plus ou moins intense et plus ou moins brusque. Mais comment agit cette flocculation ? directement sur le système nerveux central ? par irritation de l'endothélium vasculaire et des nerfs vaso-moteurs ? autrement ? Nous l'ignorons complètement. Les autres opposent à cette manière de voir la théorie nerveuse, plus ancienne en date, et admettent que « l'état de choc relève d'une perturbation brutale et soudaine de l'équilibre harmonieux qui existe normalement entre le sympathique et le nerf vague. Si l'un de ces nerfs prend une action brusquement prédominante il se produit un choc. Presque tous les chocs sont dus à une exaspération du vague » (A. DUFOURT) et les sujets en état habituel de vagotonie seraient particulièrement disposés à présenter les symptômes du bouleversement colloïdal. MM. ARLOING et

LANGERON (1) estiment que le rôle du système vague est capital dans la production d'une leucopénie brusque et la crise hémoclasique leur semble devoir être considérée comme la traduction sanguine d'un brusque déséquilibre du système organo-végétatif.

Si le mécanisme de la production des chocs est encore mal connu, celui de leur rôle thérapeutique ne l'est certes pas moins. WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD (2) ont d'ailleurs distingué deux formes de choc, différentes par leur nature et leur mode d'action : d'une part le choc proprement dit, et d'autre part le choc dit de consolidation. Cette distinction est basée sur la nature différente des états pathologiques qui appartiendraient eux aussi à deux groupes complètement distincts. Dans l'un d'eux on peut faire rentrer les infections ; dans l'autre les maladies qui ont à l'origine de leurs symptômes une altération de l'équilibre colloïdal.

En ce qui concerne les maladies du premier groupe, c'est-à-dire les infections, l'injection de substances protéiques ou de métaux colloïdaux détermine un choc plus ou moins violent, créé de propos délibéré et dont on cherche à obtenir des effets salutaires. A. DUFOURT émet l'opinion que ce choc agit directement sur les agents pathogènes. « A priori, dit-il, il n'est pas inconcevable qu'au milieu du déséquilibre créé par le choc dans les milieux organiques, il se déclanche des modifications humérales physico-chimiques telles que les germes infec-

(1) ARLOING et LANGERON. — Essai de critique expérimentale sur l'emploi clinique des chocs colloïdaux; *Journal de Méd. de Lyon*, 5 mai 1922. — Les chocs en pathologie et en expérimentation; *Journal de Méd. de Lyon*, 5 juin 1923.

(2) WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD, *loc. cit.*

lieux surpris et incapables de s'adapter immédiatement périssent sans délai. Les chocs, à condition d'avoir une intensité suffisante, produiraient une bactériolyse rapide et l'arrêt de certaines septicémies ». Cette hypothèse suppose donc une action bactéricide directe du choc et expliquerait ainsi les heureux effets du traitement. L'expérimentation a montré d'ailleurs dans certaines septicémies que les microbes disparaissent de la circulation durant le cataclysme vasculo-sanguin qui secoue l'organisme au moment du choc.

Pour les affections du deuxième groupe ayant à leur origine une altération de l'équilibre colloïdal du sujet, le choc agirait au contraire en consolidant cet équilibre altéré : ce serait alors un choc réparateur de consolidation.

L'autohémothérapie, suivant les états pathologiques auxquels elle s'adresse, serait donc capable de déterminer tantôt un choc proprement dit, tantôt un choc de consolidation. On a également admis qu'il existait deux autres modalités de son action : la méthode aurait pour effet de mettre à l'abri, de préserver l'individu des chocs auxquels il est exposé (il y aurait alors une véritable anti-colloïdoclasie) ; — enfin, elle pourrait désensibiliser l'organisme dans certains états anaphylactiques, en provoquant une désensibilisation plus ou moins immédiate, mais non durable et non spécifique. Dans le domaine des syndromes morbides caractérisés par un état de sensibilisation de l'organisme, l'effet favorable de l'hémothérapie devient évident.

Si mystérieux restent encore à l'heure actuelle la nature et le mécanisme des chocs, on est pourtant fondé à

croire que c'est par ce mécanisme même qu'agit l'auto-hémothérapie. Celle-ci ne serait donc qu'une modalité de la grande méthode protéinothérapique, si fréquemment utilisée aujourd'hui. Injecter à un malade son propre sang, c'est introduire dans son organisme l'albumine la moins hétérogène assurément qui soit pour lui, mais devenue assez hétérogène néanmoins, par le seul fait de son extravasation, pour que sa réinjection puisse provoquer un choc. Ce choc est atténué, il est moindre que celui auquel donnerait lieu le sang d'un autre sujet ou d'un animal ; moindre surtout que celui qu'entraînerait l'injection de lait ou de substances protéiques diverses. Il est cependant suffisant pour agir favorablement dans bien des cas sur l'évolution de l'affection en cause.

La question du mode d'action de l'autohémothérapie reste encore en suspens, mais il semble bien, dans l'état actuel de nos connaissances, que la méthode agisse comme une forme de protéinothérapie très bien tolérée — la mieux tolérée même, — sans être pour cela la moins efficace. Quelle que soit la solution apportée un jour au problème, il convient pour l'instant de retenir les résultats pratiques donnés par l'autohémothérapie, résultats qui justifient amplement le droit de cité conquis par elle dans la thérapeutique moderne.

CONCLUSIONS

I. — De tous les procédés, médicaux ou chirurgicaux, employés jusqu'à ce jour dans le traitement du bubon chancrelleux, aucun ne peut être considéré comme pleinement satisfaisant. Les méthodes classiques donnent des résultats souvent insuffisants ou exposent à de fâcheuses complications. La plupart des méthodes biologiques (vaccination, sérothérapie, protéinothérapie proprement dite) ont une valeur thérapeutique incontestable, mais toutes ne sont pas facilement applicables ; elles entraînent d'autre part des réactions plus ou moins vives, d'ordre local et général.

II. — L'autohémothérapie dans le bubon chancrelleux a été préconisée en 1923 par M. le professeur NICOLAS. Sa simplicité, son innocuité, sa tolérance parfaite et sa réelle efficacité en font une méthode de choix.

III. — L'autohémothérapie est indiquée à tous les stades de l'évolution du bubon :

— à la période de crudité, elle détermine le plus souvent une résolution rapide de l'adénite ;

— à la période inflammatoire aiguë, elle enraye presque toujours l'évolution vers la suppuration et provoque la régression des différents symptômes ;

— à la période de suppuration, que le pus soit en voie de formation ou déjà collecté, elle évite dans la grande majorité des cas son issue au dehors et entraîne sa résorption ;

— le bubon ouvert, elle est susceptible de tarir l'écoulement purulent et de hâter la cicatrisation.

IV. — L'autohémothérapie peut échouer (un cinquième des cas environ), elle n'aggrave en aucun cas l'évolution de l'affection.

V. — Le traitement pourra être conduit à raison d'une injection de 10 cc. tous les deux jours. Même si les premières injections ne paraissent donner aucun résultat, il sera poursuivi jusqu'à rétrocession complète de tous les symptômes ou échec avéré. Le malade, durant toute la période du traitement, observera le repos au lit.

VI. — L'autohémothérapie semble n'avoir aucune action favorable ou défavorable, sur l'évolution du chancre.

VII. — Son mécanisme est loin d'être parfaitement

connu. L'autohémothérapie n'est pas une vaccination. Elle semble agir par choc hémoclasique (avec tout ce que ce mot comporte d'imprécis et d'inconnu), comme une forme bien tolérée de protéinothérapie, mais son mode d'action reste encore, en réalité, tout à fait indéterminé.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 Mai 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING, DUFOURT et LANGERON. — Essai de critique expérimentale sur l'emploi clinique des chocs colloïdaux (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 mai 1922).
- ARLOING et LANGERON. — Les chocs en pathologie et en expérimentation (*Journal de Méd. de Lyon*, 5 juin 1923).
- BILLIET (Jean). — Etude critique du traitement du bubon consécutif au chancre mou (*Thèse de Lyon*, 1920).
- BONNET (L.-M.). — Vaccinothérapie, sérothérapie, protéinothérapie dans les bubons consécutifs au chancre mou (*Lyon Médical*, 25 avril 1922).
- BONNET (L.-M.) et JUVIN. — Quelques observations de bubons traités par les injections de lait (*Lyon Médical*, 1922, p. 91).
- BONNET (L.-M.) et REBOUL. — Injections sous-cutanées de lait dans le traitement des bubons (*Lyon Médical*, 1921, p. 819).
- BUFFLER (L.). — Essais d'autohémothérapie dans la furonculose (*Thèse de Lyon*, 1922).
- CASSAN. — La Protéinothérapie (*Thèse de Paris*, 1919).
- CASTAIGNE et PAILLARD. — L'autohémothérapie dans les affections cutanées (*Journal Méd. français*, 1913, p. 306).
- CHEINISSE. — L'autosérothérapie et l'autohémothérapie dans les dermatoses (*Bulletin Médical*, 27 janv. 1923, et *Presse Médicale*, 30 avril 1921).

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING, DUFOURT et LANGERON. — Essai de critique expérimentale sur l'emploi clinique des chocs colloïdaux (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 mai 1922).
- ARLOING et LANGERON. — Les chocs en pathologie et en expérimentation (*Journal de Méd. de Lyon*, 5 juin 1923).
- BILLIET (Jean). — Etude critique du traitement du bubon consécutif au chancre mou (*Thèse de Lyon*, 1920).
- BONNET (L.-M.). — Vaccinothérapie, sérothérapie, protéinothérapie dans les bubons consécutifs au chancre mou (*Lyon Médical*, 25 avril 1922).
- BONNET (L.-M.) et JUVIN. — Quelques observations de bubons traités par les injections de lait (*Lyon Médical*, 1922, p. 91).
- BONNET (L.-M.) et REBOUL. — Injections sous-cutanées de lait dans le traitement des bubons (*Lyon Médical*, 1921, p. 819).
- BUFFLER (L.). — Essais d'autohémothérapie dans la furonculose (*Thèse de Lyon*, 1922).
- CASSAN. — La Protéinothérapie (*Thèse de Paris*, 1919).
- CASTAIGNE et PAILLARD. — L'autohémothérapie dans les affections cutanées (*Journal Méd. français*, 1913, p. 306).
- CHEINISSE. — L'autosérothérapie et l'autohémothérapie dans les dermatoses (*Bulletin Médical*, 27 janv. 1923, et *Presse Médicale*, 30 avril 1921).

- COUANET (G.). — Contribution à l'étude du traitement du bubon, en particulier par la ponction aspiratrice suivie d'injection de cuivre colloïdal électrique (*Thèse de Lyon*, 1916).
- DUCLOS. — Quelques méthodes actuelles du traitement du bubon chancrelleux (*Thèse de Paris*, 1919).
- DUFOUT (A.). — Colloïdoelasothérapie. Mode d'action et utilisation des chocs dans les infections (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 janv. 1921).
- DUFOUT (A.). — Quelques réflexions sur les phénomènes de choc (*Lyon Médical*, 17 février 1924).
- DUMOLLARD. — Etude critique sur l'autohémothérapie en dermatologie (*Thèse de Lyon*, 1923).
- DUPUY. — Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux (*Thèse de Paris*, 1919).
- FALCOZ (A.). — Traitement des adénites chancrelleuses par l'autohémothérapie (*Thèse de Paris*, 1925).
- FAUVET. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie et spécialement dans la furonculose (*Thèse de Paris*, 1922).
- FIESSINGER. — Protéino et protéosothérapie dans les recherches modernes (*Journal des Praticiens*, mars 1921, p. 185-202).
- GASTOU, PONTOIZEAU et DUTREY. — L'autohémothérapie dans le traitement des dermatoses (*Soc. de Médecine de Paris*, 24 juin 1922).
- GATÉ et DUPASQUIER. — Considérations pratiques sur l'autohémothérapie en dermatologie (*Journ. de Méd. de Lyon*, mai 1922, p. 307-312).
- GAYET (P.). — Furonculose ancienne et pyodermite rebelle guéries par l'autohémothérapie (*Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc*, séance du 3 oct. 1923 ; *Compte rendu du Maroc Médical*, 15 oct. 1923, n° 22, p. 311).

- GAYET (P.). — Essais d'autohémothérapie dans le bubon consécutif au chancre simple (*Société de Méd. et d'Hygiène du Maroc*, séance du 5 nov. 1924 ; *Compte rendu du Maroc Médical*, 15 février 1925, p. 114, et *Presse Médicale*, 25 février 1925).
- GOUGEROT. — La dermatologie et la syphiligraphie en 1923 (*La Médecine*, novembre 1923).
- GUERRY (G.). — Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux (*Thèse de Paris*, 1919).
- HUDELO et RABUT. — Méthode nouvelle du traitement des bubons chancrelleux (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1920, p. 491).
- ITO (T.). — Klinische und bakteriologisch-serologische studien über ulcus molle und Ducrey'sche Streptobazillen (*Arch. für Dermat. und Syphilis*, 1913, p. 341 ; *Anal. Presse Médicale*, 1921).
- KAZNELSON. — Praktische Proteinkörpertherapie (*Therapeutische Halb. monatshefte*, 1^{er} mai 1921, p. 266).
- KURITA (M. T.). — Sinuous soft chancre and vaccine treatment of inguinal bubo (*Bulletin of naval medical association of Japon*, 4 avril 1919 ; *Anal. Presse Médicale*, 1920).
- LECOMTE. — Contribution à l'étude du traitement des bubons chancrelleux (méthode de Fontan modifiée). (*Thèse de Paris*, 1919).
- LÉVY (F.). — L'autohémothérapie dans les dermatoses (*Vie Médicale*, 30 juin 1922).
- LOUSTE, THIBAUD et BARBIER. — L'autohémothérapie dans les dermatoses (*Journal Médical français*, octobre 1923).
- LUMIÈRE (A.). — Choc anaphylactique et colloïdoclasie (*Presse Médicale*, n° 97, 3 décembre 1921).
- MINO (P.). — Hémothérapie et crise hémoclasique (*Presse Médicale*, 10 nov. 1923).

et de ses complications (*Presse Médicale*, 27 déc. 1924, p. 1033).

NOLF. — Bactériothérapie et protéinothérapie (*Presse Médicale*, 1917; p. 583).

RAMOND (F.). — A propos du traitement de l'hémoptysie des tuberculeux (*Progrès Médical*, 14 sept. 1912, p. 452).

RAMOND et GOUBERT. — Autohémothérapie dans la fièvre typhoïde (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1915, 3^e s., p. 205-208).

RASPILLER. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans les dermatoses (*Thèse de Nancy*, 1923).

RAVAUT. — Autohémothérapie dans quelques dermatoses (*Ann. de Dermat. et de Syphil.*, 1913, n° 5, p. 292).

— Autohémothérapie (*Répertoire de Médecine pratique in Presse Méd.*, 8 oct. 1922).

— Rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées (Congrès dermatol. de Strasbourg, 1923).

REENSTIERNA (J.). — Ett serun mot injeck chancre speciellt des buboner (*Suiska Lakaresallst Forhandl.*, 3 février 1920).

— Sérum contre le chancre mou et principalement contre le bubon (*Comptes Rendus de la Soc. de Biol.*, 1921, T. LXXXV, p. 830).

— (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, T. XII, année 1923).

ROLLET (J.). — (*Dictionnaire Déchambre*; article: Bubon).

RUBY (R.). — Essais d'autohémothérapie dans quelques dermatoses (*Thèse de Lyon*, 1921) .

SAUVEZ. — Traitement des bubons par les injections de lait (*Thèse de Lyon*, 1922).

SCHULMANN. — L'autohémothérapie en dermatologie. Mécanisme de son action; simplification de la technique :

utilisation des ventouses (*Presse Médicale*, 22 mars 1924).

SICARD (J.-A.). — Autohémothérapie et rhume des foins (*Soc. Méd. des Hôp.*, 26 juin 1914 et 17 juill. 1914).

— Autohémothérapie sous-cutanée (*Presse Méd.*, 13 juin 1918).

— Autohémothérapie et homohémothérapie (*Marseille Médical*, 1^{er} mai 1918).

SICARD (J.-A.) et GUTMANN (R.). — Autohémothérapie et épilepsie (*Soc. Méd. des Hôp.*, 19 juillet 1912).

SPILLMANN. — Rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées (Congrès de Strasbourg, 1923).

SPILLMANN et RASPILLER. — L'autohémothérapie dans le zona (Réunion dermat. de Nancy, 12 mai 1923).

TRIBET. — (*C. R. des Sciences biol. et méd. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 3 fév. 1922).

TZANCK. — Traitement des eczêmas professionnels par l'autohémothérapie (*L'Hôpital*, août 1921).

WIDAL. — Les autocolloïdoclasies (*Journal des Praticiens*, n° 2, 8 janv. 1921, p. 17).

WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique (*Presse Médicale*, 5 mars 1921, n° 19, p. 181).

et de ses complications (*Presse Médicale*, 27 déc. 1924, p. 1033).

NOLF. — Bactériothérapie et protéinothérapie (*Presse Médicale*, 1917; p. 583).

RAMOND (F.). — A propos du traitement de l'hémoptysie des tuberculeux (*Progrès Médical*, 14 sept. 1912, p. 452).

RAMOND et GOUBERT. — Autohémothérapie dans la fièvre typhoïde (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1915, 3^e s., p. 205-208).

RASPILLER. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie dans les dermatoses (*Thèse de Nancy*, 1923).

RAYAUT. — Autohémothérapie dans quelques dermatoses (*Ann. de Dermat. et de Syphil.*, 1913, n° 5, p. 292).

— Autohémothérapie (*Répertoire de Médecine pratique in Presse Méd.*, 8 oct. 1922).

— Rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées (Congrès dermatol. de Strasbourg, 1923).

REENSTIERNA (J.). — Ett serun mot injeck chancre speciellt des buboner (*Suiska Lakaresallst Forhandl.*, 3 février 1920).

— Sérum contre le chancre mou et principalement contre le bubon (*Comptes Rendus de la Soc. de Biol.*, 1921, T. LXXXV, p. 830).

— (*Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, T. XII, année 1923).

ROLLET (J.). — (*Dictionnaire Déchambre*; article: Bubon).

RUBY (R.). — Essais d'autohémothérapie dans quelques dermatoses (*Thèse de Lyon*, 1921).

SAUVEZ. — Traitement des bubons par les injections de lait (*Thèse de Lyon*, 1922).

SCHULMANN. — L'autohémothérapie en dermatologie. Mécanisme de son action; simplification de la technique :

utilisation des ventouses (*Presse Médicale*, 22 mars 1924).

SICARD (J.-A.). — Autohémothérapie et rhume des foins (*Soc. Méd. des Hôp.*, 26 juin 1914 et 17 juill. 1914).

— Autohémothérapie sous-cutanée (*Presse Méd.*, 13 juin 1918).

— Autohémothérapie et homohémothérapie (*Marseille Médical*, 1^{er} mai 1918).

SICARD (J.-A.) et GUTMANN (R.). — Autohémothérapie et épilepsie (*Soc. Méd. des Hôp.*, 19 juillet 1912).

SPILLMANN. — Rapport sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées (Congrès de Strasbourg, 1923).

SPILLMANN et RASPILLER. — L'autohémothérapie dans le zona (Réunion dermat. de Nancy, 12 mai 1923).

TRIBET. — (*C. R. des Sciences biol. et méd. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 3 fév. 1922).

TZANCK. — Traitement des eczémas professionnels par l'autohémothérapie (*L'Hôpital*, août 1921).

WIDAL. — Les autocolloïdoclasies (*Journal des Praticiens*, n° 2, 8 janv. 1921, p. 17).

WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique (*Presse Médicale*, 5 mars 1921, n° 19, p. 181).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE PREMIER. — Aperçu général des divers traitements appliqués jusqu'à ce jour aux bubons chancrelleux	13
CHAPITRE II. — L'autohémothérapie. Historique.....	29
CHAPITRE III. — L'autohémothérapie. Instrumentation, technique, conduite du traitement, incidents et accidents	51
CHAPITRE IV. — Résultats de l'autohémothérapie dans le bubon consécutif au chancre simple. Conduite du traitement	61
CHAPITRE V. — Observations.....	71
CHAPITRE VI. — Commentaire des observations. Avantages de la méthode.....	95
CHAPITRE VII. — Mode d'action de l'autohémothérapie....	105
CONCLUSIONS	115
BIBLIOGRAPHIE	119

LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

